

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

082

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. Roger FIOCCONI

Né le 5 Avril 1899

à SAINTÉ-LUCIE DE-MEREURO (Corse)

Répercussions sur l'Appareil digestif des perturbations endocrines

Président : M. Lœper, Professeur

ANGOULÊME

IMPRIMERIE COQUEMARD

RUE DE LA FONTAINE-DU-LIZIER

1934

THESE DE DOCTORAT
soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Répercussions sur l'Appareil digestif
des perturbations endocrines**

PAR

M. Roger FIOCCONI

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DIPLOMÉ DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL ET PSYCHIATRIQUE DE PARIS
INTERNE A L'HOPITAL DE L'INSTITUT PASTEUR

LE DOYEN. . . G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET,
	CARNOT.
Clinique médicale	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâtrie.
E. BERNARD .	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri .	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy). .	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT .	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DÉBRÉ. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ BOYER .	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY agrégé.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. Roger FIOCCONI

Né le 5 Avril 1899

à SAINTÉ-LUCIE-DE-MERÉURIO (Corse)

Répercussions sur l'Appareil digestif des perturbations endocrines

Président : M. Lœper, Professeur

ANGOULÊME
IMPRIMERIE COQUEMARD
RUE DE LA FONTAINE-DU-LIZIER

1934



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur LÆPER

Professeur de Thérapeutique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage de respectueuse
reconnaissance.*

Au Docteur ROUX

(in memoriam)

A Monsieur le Docteur Louis MARTIN

Directeur de l'Institut Pasteur
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*en gage de notre respect et de notre
vive gratitude pour les enseigne-
ments qu'il nous a donnés et pour
la bienveillance qu'il nous a tou-
jours témoignée.*

A mon Maître le Docteur Léopold LÉVI

Hommage respectueux

(in memoriam)

A mon Maître

Monsieur le Docteur René MARTIN

Médecin de l'Hôpital Pasteur

*en témoignage de notre affectueux
attachement et de notre reconnais-
sance pour ses précieux conseils.*

A Monsieur le Docteur DARRE

Médecin de l'Hôpital Pasteur

Médecin de l'Hôpital des Enfants malades

*En hommage respectueux et recon-
naissant.*

A mes Maîtres de L'HOPITAL PASTEUR

Monsieur le Docteur BOCAGE

Monsieur le Docteur THIROLOIX

Monsieur le Docteur DELARUE

A mon Maître le Professeur MARCHOUX

*en hommage très respectueux et
reconnaissant pour les enseigne-
ments qu'il nous a prodigués.*

A mes Maîtres de L'INSTITUT PASTEUR

A mes Maîtres des HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur F. BOURGEOIS

Médecin du Lycée Henri IV
Médecin chef-adjoint des P. T. T.

*Témoignage de notre vive grati-
tude pour les conseils précieux
qu'il nous a donnés.*

INTRODUCTION

Après avoir séduit tout le monde médical, laissé entrevoir l'idéal pays du renouveau, puis de la santé — sans doute avait-elle trop promis — l'endocrinologie subit un certain discrédit. Ainsi, toute découverte scientifique la plus sûre, la plus riche de conséquences bienfaisantes, nous enchante, puis nous déçoit. Il semble même que par une réaction fatale et si humaine, plus nous nous sommes laissé envahir par de légitimes et vastes espoirs, plus nous serons portés à négliger, par la suite, les idées nouvelles, les procédés nouveaux qui constituent cependant les plus solides chaînons du pauvre savoir humain. Puis, peu à peu, par une patiente observation des phénomènes, nous arrivons à tirer un meilleur profit des résultats encourageants obtenus, ce qui prouve, une fois de plus, et d'une façon éclatante, que si la médecine est une science, c'est bien un art subtil que de l'appliquer.

Si l'on considère, en effet, le rôle capital que jouent les glandes endocrines dans le développement et le fonctionnement des cellules, tissus et humeurs de l'organisme, si l'on réfléchit à l'influence profonde qu'elles exercent, non seulement sur la vie végétative mais aussi sur le cerveau pensant, sur notre façon d'être, de voir les choses et d'agir, il faut reconnaître que l'opothérapie n'a pas, dans la thérapeutique préventive ou curative, la place d'honneur qu'elle devrait occuper.

En dehors des cas francs de myxœdème, maladie de

Basedow, acromégalie, maladie d'Addison, syndromes adiposo-génital et d'insuffisance ovarienne, celui-ci paraissant fournir maintenant un diagnostic trop commun, peu de médecins se préoccupent de l'état endocrinien de leurs malades. Les gastro-entérologues nous ont paru y attacher une plus grande importance, mais nous avons cru voir qu'eux aussi considèrent l'endocrinologie comme non définie. Nous pensons cependant qu'il est indispensable de se montrer familiarisé avec les indications que nous découvre l'habitus extérieur du malade ; qu'en présence d'un sujet, nous devons être orienté vers quelque manifestation endocrinienne, tout en nous défendant d'une déformation professionnelle, si minime soit-elle, par l'impression que nous donnent la taille, l'attitude, le faciès, le développement pileux, la morphologie des sourcils, l'aspect des téguments, le parler, etc., etc. ; en d'autres termes, comme disait notre maître Léopold Lévi, « il faut avoir le penser endocrinologique ».

Cette abstention nous paraît être due à ce qu'il est peu de questions, en pathologie interne, dont l'étude soit aussi délicate, aussi complexe, aussi susceptible d'interprétations diverses, aussi décevante quant aux résultats thérapeutiques lorsqu'on n'a pas la pratique suffisante. Et nous pensons qu'il y a surtout *deux* causes à cela : d'une part le manque de précision sur les maladies et les symptômes que les sucs organiques peuvent faire disparaître efficacement ; d'autre part, l'insuffisance de nos connaissances sur le mode d'action des produits opothérapiques. Léopold Lévi a comblé, en partie, cette lacune. C'est lui qui a décrit les principaux signes et syndromes endocriniens et son plus grand mérite a été de montrer que toute la pathologie endocrine n'est pas seulement dans les grands syndromes déjà cités, mais bien plus dans ces petites syndromes, dans ces états endocriniens qui se rencontrent tous les jours et qui exaspèrent les malades. Combien de fois avons-nous entendu dire à la consultation : « Docteur, je ne suis pas malade, mais je ne suis pas bien, et je préférerais une bonne maladie

pour être libéré, par la suite, de cet état qui me met dans l'impossibilité de travailler utilement à mes occupations. »

En suivant la consultation de Léopold Lévi où nous avons appris les notions fondamentales de l'endocrinologie et le service de gastro-entérologie de l'Hôpital Pasteur dirigé par les Docteurs René Martin et Thiroloix, où nous avons eu la chance de voir de nombreux malades classés parmi les nerveux et mécontents, sans doute attirés là par l'ombre du grand Pasteur, nous avons compris l'importance qu'a l'endocrinologie dans cette branche de la médecine.

Nous avons donc jugé intéressant de grouper les troubles gastro-entériques observés au cours d'une consultation d'endocrinologie et les troubles des glandes endocrines au cours d'une consultation de gastro-entérologie, afin d'essayer d'établir des panneaux cliniques et nous plaçant surtout au point de vue pratique, de dégager des données thérapeutiques.

Afin de rendre ce travail plus attachant, nous avons pris en considération tous les faits cliniques que nous avons pu observer et ceux susceptibles de nous intéresser ; mais certainement, il reste malgré tout incomplet.

HISTORIQUE

Depuis les travaux de Claude Bernard qui, en 1855, à propos du passage dans le sang du glycogène sécrété par le foie, s'est servi de l'expression « sécrétion interne » le rôle des glandes endocrines et leur action sur l'appareil digestif n'a pas échappé aux cliniciens. Cependant, à part quelques symptômes, comme la diarrhée dans l'hyperthyroïdie ou la constipation dans l'hypothyroïdie, nous ne trouvons jusqu'en 1917, date à laquelle le Professeur Loeper a décrit les dyspepsies surrénales, et même après, aucun traité classique décrivant les troubles gastro-entériques dûs au mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

Pourtant, Brown-Sequard, il y a 45 ans environ, par une communication retentissante, donna à la sécrétion interne sa valeur physiologique. Son expérience qui fut mal interprétée, et par laquelle il démontrait que des extraits de testicule procurent à l'homme qui les reçoit une vitalité nouvelle et régénératrice, permettait de rapporter à leur vraie cause des maladies ou certains troubles considérés jusqu'alors comme des maladies nerveuses et surtout, d'instituer l'opothérapie. Or, celle-ci a été peu employée jusqu'ici, ou tout au moins, n'est pas entrée dans la pratique courante pour la pathologie digestive. Cela tient, croyons-nous, à ce que la gastro-entérologie restait comme une forteresse inaccessible. Les moyens d'investigation nouveaux ont permis d'orienter le diagnostic et le traitement employé « l'opothérapie, pierre de touche », avec le secours de la physiologie, d'en affirmer l'étiologie.

**PHYSIOLOGIE DE CHAQUE GLANDE
DANS SES RAPPORTS
AVEC LE TUBE DIGESTIF**

THYROÏDE

Cette glande paraît être la plus importante. C'est en tout cas celle qui, plus facile à atteindre, a été le grand champ d'expériences et est, par suite, la mieux connue. Ses connexions avec le système nerveux végétatif — sa sécrétion étant commandée en partie par le système sympathique et en partie par le pneumogastrique — prouvent suffisamment que son action sur l'appareil digestif est certaine.

Cependant, d'après M. Garnier et R. Hugenin, l'appareil digestif est peu touché quand on se livre à une étude expérimentale.

Pour Badylkes (1925) les petites doses d'extrait ont une action variable sur la sécrétion gastrique chez l'homme. Le plus souvent, elles déterminent une diminution, mais dans 17,5 % des cas, elles occasionnent une augmentation de la sécrétion. Des doses fortes entraînent une diminution sensible de la sécrétion, en particulier un abaissement de l'acidité totale et de la quantité d'acide chlorhydrique libre ; on peut aussi observer des symptômes d'intoxication. Pour ce qui est de la sécrétion intestinale, Marbé (1911) a vu, chez un chien, porteur de deux fistules de l'iléon, qu'une administration de 0,20 cgr. de poudre de thyroïde de vache, de mouton ou de chien,

faisait passer la quantité recueillie de 0 cc. 9 par heure, avant l'intervention de l'opothérapie, à 2 cc. et cette augmentation persistait quelques jours après la suppression de l'extrait.

Nürenberg (en 1912) a constaté, chez un chien porteur de deux fistules : l'une intestinale, l'autre pancréatique, que l'iodothyroglobuline augmentait la sécrétion des deux sucs, tandis que l'iode n'avait pas le même effet. Marañon a signalé l'hyperchlorhydrie et la diarrhée après l'injection d'extrait thyroïdien ; mais Olivier pense que ce n'est pas plus l'extrait qui crée la diarrhée que l'insuffisance n'est responsable de la constipation : la thyroïde ferait sentir son action indirectement et ces troubles digestifs seraient secondaires aux troubles de l'assimilation générale. Cependant d'autres auteurs ont expérimentalement montré la diminution du suc gastrique sous l'influence de l'extrait.

Ballet et Henriquez ont noté la fréquence de la diarrhée chez les animaux soumis à l'hyperthyroïdisation expérimentale.

Aucune expérience n'a été faite sur l'intestin séparé, du moins à notre connaissance. Aussi, est-il difficile de savoir si l'action de l'extrait thyroïdien sur la motricité et la sécrétion intestinale se fait directement sur la musculature de la muqueuse de cet organe ou par l'intermédiaire de nerfs. De plus, l'extrait thyroïdien ayant une action nette sur la tension sanguine, on peut se demander s'il n'existe pas des phénomènes vasculaires dans le territoire des mésentériques pouvant aussi avoir leur part d'action dans les faits observés.

Les fonctions du foie sont perturbées. Pour ce qui nous intéresse, on a noté une diminution franche de la production de bile ; les sels biliaires sont beaucoup moins abondants. Enfin, la teneur en glycogènes serait abaissée, ce qui expliquerait la sensation de faim que l'on remarque cliniquement chez les malades soumis au traitement thyroïdien.

PARATHYROIDES

(*Physiologie*)

L'action des parathyroïdes sur le tube digestif est certaine. MM. Garnier et Turpin, après expérimentation sur différents animaux, ont constaté, dans les cas d'ablation de ces glandes, deux signes fonctionnels qui sont d'ailleurs communs : l'inappétence et la polydypsie.

L'inappétence, relative ou absolue, est souvent électorale : l'animal refuse les aliments solides et les graisses. La polydypsie leur a paru être en rapport avec la résistance de l'animal aux suites opératoires : plus il boit et plus le pronostic est favorable.

L'examen systématique du tube digestif a permis de déceler des troubles à différents étages :

a) Difficulté de préhension et de mastication des aliments qui semblent, d'ailleurs, plus souvent liées au trismus qu'à la parésie des muscles masticateurs ;

b) Le ptyalisme est habituel. Il serait dû, d'après Morel, à une gêne de la déglutition de la salive qui entraîne toujours une hypersalivation apparente et non à la sialorrhée ;

c) La stomatite n'est pas habituelle, elle est en général préterminale. Gley a insisté sur la dysphagie ; ce serait une cause de l'inanition. En effet, l'animal rejette sa nourriture, qu'elle soit liquide ou solide, après de vains efforts de déglutition ;

d) Les vomissements sont fréquents et viennent compliquer les troubles précédents. Ils peuvent être alimen-

taires, aqueux, bilieux et même teintés de sang à la période préterminale.

Les lavages d'estomac n'ont pas d'effets favorables, bien au contraire, l'introduction de la sonde provoque un accès convulsif ;

e) La stase fécale, avec météorisme, est le plus courant des accidents intestinaux. Elle paraît responsable de l'abondance des fermentations anormales qui dégagent une odeur de putréfaction ;

f) Parfois on voit de la diarrhée avec selles glaireuses et sanglantes.

MÉDULLO-SURRÉNALE

(*Physiologie*)

La médullo-surrénale est une glande adrénalino-gène. Dans le domaine de cette glande, les faits expérimentaux sont très nombreux.

Bien que les résultats puissent être différents suivant l'adrénaline employée, certains produits livrés dans le commerce n'offrent pas les garanties de sûreté suffisantes, d'une manière générale, l'action de l'adrénaline et des extraits surrénaux en injections intraveineuses, tout au moins, déterminent une inhibition du tonus et des mouvements rythmiques de la musculature digestive (Borutteau). Cette action est si élective qu'on l'obtient avec des doses incapables de modifier la pression artérielle, à tel point que la méthode d'Hoskins, destinée à reconnaître l'adrénaline, se base sur l'action de ce corps sur l'intestin de cobaye.

D'après Magnus, un segment du muscle longitudinal d'intestin de chat se relâche et cesse tout mouvement si on l'immerge dans une solution de Ringer contenant seulement un vingt millionième d'adrénaline. Même résultat est obtenu avec un segment d'intestin de lapin qu'on plonge dans une solution contenant un quatre cent millionième d'adrénaline (Hoskins) et même un huit cent millionième (Stewart et Rogoff). Aussi, l'intestin est-il devenu un test qu'utilisent volontiers certains physiologistes pour la recherche et le dosage de l'adrénaline dans le sang.

L'action de l'adrénaline sur la vascularisation du tube digestif a été étudiée par Hartmann et M.-C. Phe-dran. Ils ont remarqué qu'une dose très faible d'adrénaline provoque sur l'intestin une vasodilatation et qu'à

dose ordinaire, elle provoque une vasoconstriction suivie ou non de vasodilatation.

Doyon a observé la contraction de l'intestin et de l'œsophage sous l'action de l'adrénaline. D'autre part, Loeper et Verpy ont constaté l'accélération de la traversée digestive. Il est donc probable, qu'à faible dose, l'adrénaline, qui est un excitant du sympathique, produit une stimulation des fibres sympathiques, et qu'à plus forte dose, elle se comporte comme un excitant des fibres musculaires lisses.

Pour Bottazi et Costanzi, la *muscularis mucosae* resterait contractée lors même que les fibres de la musculuse sont inhibées. Cela pourrait expliquer l'action constante sur l'excrétion du suc gastrique qui est augmentée. La sécrétion gastrique est elle-même augmentée ; Inkawa et après lui Loeper et Verpy ont vu augmenter le taux de l'Hcl libre. Sur la sécrétion intestinale, aucun fait probant n'a pu être observé.

Nous devons enfin signaler l'action de l'adrénaline à doses répétées pendant plusieurs semaines et journellement : On voit survenir, peu à peu, des phénomènes d'hyperchlorhydrie passagère puis durable, avec hyperkynésie gastrique, en même temps qu'il y a accélération du transit intestinal. Puis cette hyperkinésie devient moins manifeste ; l'estomac devient de plus en plus rigide et scléreux, rappelant, d'assez loin, certains aspects de linite. C'est que, peu à peu, sous l'action de l'adrénaline, deux phénomènes nouveaux sont apparus : d'abord des phénomènes de sclérose vasculaire dans le domaine de la coronaire stomachique aboutissant à la thrombose des vaisseaux et à des troubles de vascularisation de la muqueuse, ensuite des phénomènes de sclérose apparaissant en dehors des vaisseaux à paroi gastrique, réagissant directement à l'hyperadrénalinémie provoquée comme la paroi des vaisseaux. On a aussi remarqué une certaine activité de la glande sous-maxillaire, sous l'action de l'adrénaline, qui se manifeste lorsque cette glande est éternée.

HYPOPHYSE

(Physiologie)

L'action entéro-cinétique de l'extrait hypophysaire observée incidemment par quelques accoucheurs qui, du reste, n'y avaient pas attaché d'importance, fut recherchée par Houssay. Mais Blair-Bel (1909) a étudié l'action du lobe postérieur sur la contractilité de l'intestin *in situ* et isolé. On constate, après une courte période d'inhibition intestinale, d'ailleurs parfois absente, de fortes contractions progressivement croissantes. L'inhibition du début serait le résultat de l'excitation du sympathique, d'après Bayer et Peter, et cette excitation serait d'ailleurs très rapidement masquée par la stimulation des plexus d'Auerbach et de leurs fibres post-ganglionnaires, d'où augmentation progressive de l'amplitude des contractions.

Mais l'extrait de lobe postérieur est doué d'un certain nombre de propriétés. Les plus connues sont :

a) L'effet vaso-constricteur avec augmentation de la tension artérielle ;

b) Action sur les fibres musculaires lisses du tube digestif (estomac, vésicule biliaire, intestin) ;

c) Action sur certaines sécrétions (estomac, lait, urines) ;

d) Action sur divers métabolismes (sucres lipides, eau, etc.).

Voilà autant de principes actifs qui existent dans l'extrait du commerce. Or, comme il s'agit seulement d'utiliser celui qui tend à modifier la sécrétion gastrique, c'est-à-dire le moins connu de tous, on pourrait être en droit de redouter les inconvénients venant d'autres principes. Le problème serait simplifié si l'on pouvait disso-

cier ces derniers, chose que l'on a tenté de faire sans résultat, pour le principe hypertensif et le principe ocytotique, et il semble que ce soit le premier qui agisse sur les chlorures. Malheureusement, cette dissociation n'a pas reçu d'application commerciale, et on est encore dans l'obligation d'utiliser l'extrait complet. Dans tous les cas, Drouet qui a eu l'occasion d'effectuer et de surveiller plus d'un millier d'injections d'extrait de lobe postérieur, n'a jamais constaté d'inconvénient vraiment sérieux obligeant à suspendre le traitement. Les divers types de réaction bénigne constatés assez rarement d'ailleurs, sont les suivants : 1° Un effet de vaso-constriction périphérique précoce ; dans les dix minutes qui suivent l'introduction du médicament, le sujet pâlit sans ressentir, du reste, de malaise. — 2° Des contractions gastriques augmentées d'intensité ; le malade les perçoit sans souffrir, mais en cas d'ulcus, il voit, pendant quelques jours, les douleurs augmenter d'intensité. C'est la raison pour laquelle Drouet prescrivait un peu de belladone au début du traitement. — 3° Des contractions intestinales se traduisant par des coliques sèches qui suivent les injections, phénomène assez rare d'ailleurs et qui disparaît dès que cesse le traitement. En contre-partie, l'amélioration des fonctions intestinales a été constatée ; on peut, du reste, la mettre aussi sur le compte de l'amélioration de la fonction gastrique. — 4° Des phénomènes de spasmes vasculaires. Drouet, dans une de ses observations signale que son malade a présenté, à la quatrième injection, de l'engourdissement d'un bras, avec légère paralysie transitoire disparaissant le même jour. Il pense qu'un léger spasme artériel cortical aurait été à l'origine de ces troubles nerveux légers qui ne se sont jamais reproduits et que nous n'avons, nous-même, jamais constatés. D'autre part, parmi les femmes qui ont été soumises au traitement, aucune n'a accusé de contraction utérine douloureuse. On peut donc affirmer que, pratiquement, la thérapeutique par injection d'extrait de lobe postérieur paraît sans inconvénient majeur.

GLANDES GÉNITALES

(Physiologie)

Pour ce qui nous intéresse, l'action de leur extrait est bien peu connue. Itaki a eu des résultats très inconstants. Il aurait, toutefois, observé dans certains cas, qu'une partie de l'intestin et parfois le tube digestif entier voyait sa tonicité augmenter sous l'action de divers extraits d'ovaire.

L'extrait orchitique semble parfois augmenter la contractilité des fibres lisses. Mais, ce fait demande à être mieux étudié.

PANCRÉAS

(*Physiologie*)

L'insuline a une action certaine sur la sécrétion gastrique. Des travaux nombreux faits, aussi bien en France qu'à l'étranger, semblent découler quelques constatations importantes :

a) L'insuline provoque la sécrétion gastrique et l'acidité comme le fait, par exemple, l'histamine, et cette sécrétion gastrique provoquée est concomitante de l'hypoglycémie ;

b) L'injection d'insuline provoque la sensation de faim et l'on sait aussi que cette sensation est liée à l'hypoglycémie. Hofstein, après un certain nombre d'expériences sur l'insuline, précise que l'injection de faible dose (16 unités) provoque chez un sujet normal à jeûn une sensation de faim et que l'injection d'insuline s'accompagne d'hypersécrétion et d'hyperacidité qui peut aller jusqu'à 5 % environ une heure après l'injection, sauf lorsque la muqueuse gastrique est incapable de sécréter de l'acide.

De ces constatations, on a souvent voulu conclure que l'hypoglycémie déclenchait la sécrétion gastrique et provoquait la sensation de faim.

Ce n'est pas à nous de spécifier si c'est l'insuline ou l'un de ses effets, l'hypoglycémie, qui provoque ces constatations, ce serait sortir du sujet, et seul, le résultat pratique nous intéresse.

Chez les anachlorhydriques au repas d'Ewald, l'injection d'insuline provoque la sensation de faim, tout

comme les sujets normaux, mais elle n'est pas accompagnée d'hypersécrétion gastrique. L'action de l'insuline sur l'intestin a été établie définitivement par Pawel et Milcou après toute une série d'expériences concluantes. Ils ont constaté une augmentation de la contractilité de l'intestin et d'une façon moins constante et plus variable, une augmentation de la fréquence des mouvements péristaltiques. Ces phénomènes apparaissent de 1 à 10 minutes après l'injection d'insuline de 10 unités.

L'insuline porterait son action sur la terminaison du para-sympathique ; aussi, faut-il renoncer à l'administration de la belladone pendant la cure insulinique.

VOIES DIGESTIVES SUPÉRIEURES

(Etude clinique)

Cet examen n'est pas aussi indifférent qu'on pourrait le croire de prime abord.

Les glandes salivaires, et notamment les parotides, peuvent donner, à l'heure actuelle, un syndrome connu sous le nom de syndrome de Mikulicz. C'est une hypertrophie symétrique de ces glandes qui s'accompagne généralement d'hypertrophie des glandes lacrymales. C'est un syndrome qui n'est pas si rare, il se caractérise, en plus de l'hypertrophie, par le fait que la sécrétion est sinon tarie, du moins, considérablement diminuée. C'est là un caractère sur lequel ont insisté : Apert et de Jung. On en a fait un syndrome pluriglandulaire de l'insuffisance génitale.

Nous avons pu relever l'observation assez intéressante concernant le syndrome de Mikulicz :

OBSERVATION N° 1

M. M..., 31 ans, garçon de café, est venu à la consultation de l'Hôpital Pasteur se plaindre avec gêne de la mastication, de sécheresse de la bouche et de digestions pénibles. Ce qui frappait le plus, chez lui, c'est une hypertrophie considérable de ses parotides : à la palpation, cette glande a gardé une consistance uniformément ferme. A l'examen, nous constatons une grande sécheresse de la langue ; il est impossible de voir les sténons. Les glandes lacrymales paraissent normales mais les sublinguales sont très palpables. L'exploration du système endocrinien ne révèle rien de particulier, le questionnaire non plus concernant sa vie génitale. Nous l'avons cependant soumis à une médication endocrinienne (0 gr. 20 d'extrait orchitique) et 0,01 d'extrait de thyroïde 20 jours par mois. Revu un mois après, ce malade

présentait une amélioration considérable. Nous lui avons conseillé de continuer le traitement et six mois plus tard, il ne se plaignait plus du tout de son estomac ; la sécheresse de la bouche, bien que n'ayant pas disparu complètement ne le gênait plus et sa mastication se faisait sans aucune gêne ni fatigue. Enfin, les glandes parotides qui étaient, au début, très en relief, avaient diminué dans des proportions appréciables, leur consistance était plus molle.

Les modifications de la langue d'origine endocrinienne sont peu nombreuses. On a signalé, cependant, sous l'influence des perturbations de l'hypophyse antérieure l'épaisseur et l'élargissement de la langue et, fait qui nous intéresse, associées souvent, ainsi que l'ont montré Riddle et Flémion, à quelque splachnomégalie. La langue de l'acromégalique est, du reste, un élément sémiologique actuellement connu de tous.

La sécheresse de la bouche n'est pas seulement l'apanage du syndrome assez rare que nous venons de signaler. On en rencontre dans le basedow altéré parfois par de brusques crises de salivation.

LES DENTS

(*Etude clinique*)

Cette étude est féconde en aperçus originaux sur les fonctions endocriniennes.

Dans l'hypothyroïdisme se prononce un retard dentaire souvent considérable. Nous pensons qu'il faut associer à l'hypothyroïdisme la dysthyroïdie, avec, peut-être, prédominance d'hypothyroïdie. Nous avons constaté l'absence de dents de sagesse sur de nombreux malades présentant des signes d'hypothyroïdie et nous avons pu savoir, quelquefois, que ces malades avaient eu un retard marqué dans la poussée dentaire.

OBSERVATION N° 2

(*Hôpital Pasteur*)

Le cas de M. R..., 25 ans, étudiant en médecine, hospitalisé à l'Hôpital Pasteur pour oreillons, illustre ce que nous venons de dire. Appelé à examiner sa bouche, nous avons constaté l'absence de dents de sagesse. Des dents très régulières présentant ni écartement, ni chevauchement. Comme nous lui en faisons la remarque, il déclara en avoir été étonné lui-même. Il savait, d'autre part, que sa poussée dentaire avait été très retardée. A l'examen, nous constatons une petite grosseur thyroïdienne surtout marquée pour le lobe gauche ; un petit tremblement des extrémités est perceptible ; une émotivité très grande (120 pulsations au moment de l'examen) ; enfin, l'interrogatoire révèle qu'il y a chez lui une instabilité thyroïdienne marquée. Tantôt calme parfait et avec inaptitude au travail intellectuel, tantôt période de lucidité, travail facile, humeur agréable. Un traitement thyroïdien à très faible dose (1/10 de milligr. pendant 15 jours par mois) a considérablement amélioré son état.

Dans l'hypopituitarisme, les dents sont intriquées et ce chevauchement dépend, on le devine aisément, de l'insuffisance du développement du maxillaire. Dans l'hyperpituitarisme, au contraire, le développement des dents est précoce, les dents sont longues, les incisives larges, l'implantation fortement écartée. On sait, d'ailleurs, que l'hypophyse antérieure a une action eutrophique puissante et stimule le développement.

Très souvent, à la consultation du Dr Léopold Lévi, nous avons pu constater la coïncidence de petitesse de la taille acrominie et asthénie avec insuffisance du développement du maxillaire supérieur et parfois saillie, malformations dentaires, chevauchement des dents.

D'autres fois, prognatisme du maxillaire inférieur, écartement des dents, incisives très fortes, coïncidant avec d'autres signes d'hyperpituitarisme : augmentation de la taille, grossièreté des traits, mains développées, grandes et massives, hypertrophie musculaire, résistance à la fatigue, avec saillie de la base occipitale externe. Hypertrophie des mastoïdes et des rebords orbitaux.

L'intensité des caries, les altérations de l'émail ponctué, ou moucheté relèveraient de l'insuffisance parathyroïdienne, mais nous n'avons pu, concernant ce fait, réunir aucune observation probante.

LA PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE DANS LE DÉSÉQUILIBRE ENDOCRINIEN

(*Etude clinique*)

La pyorrhée alvéolo-dentaire est un état pathologique chronique de la région gingivo-dentaire caractérisée par la destruction progressive des tissus fixateurs des dents, l'apparition presque constante de suppuration à marche centripète ou même centrifuge et qui est due à des causes locales et constitutionnelles. Elle aboutit à la chute des dents et peut être accompagnée de complications locales (*parulies*) ou petits abcès de la gencive, très douloureux, qui crèvent en trois ou quatre jours en laissant les dents ébranlées et douloureuses et aussi des complications générales : on note, en effet, quelquefois, des troubles gastriques, hépatiques, des septicémies aiguës ou chroniques qui sont la conséquence de la pyophagie. Il est facile d'expliquer le mécanisme pathogénique de la pyorrhée : c'est une lésion inflammatoire de nature microbienne banale qui ne s'installe et ne se complique d'ostéolyse qu'à la faveur d'une prédisposition du terrain. Les confirmations apportées par le laboratoire montrent que l'inflammation couve, si l'on peut dire, dans la bouche d'adultes, au fond des culs-de-sac péri-dentaires, à l'abri des nettoyages mécaniques de la langue, de l'action antiseptique de la salive et le plus souvent, des mœuvres de brossage hygiénique. Nous restons donc ainsi porteurs d'une gingivite latente tant que certaines conditions ne viennent pas favoriser la pullulation micro-

bienne dans les culs-de-sac qui restent bactériologiquement et histologiquement la même quelle que soit l'abondance de la suppuration qui l'accompagne. C'est la cause seconde, favorisante qui est pour nous le *primum movens*, puisque sans elle, l'infection ne peut pas se manifester. Faut-il citer à l'appui, les paroles de Pasteur à la fin de sa carrière : « Claude Bernard avait raison, le microbe n'est rien, le terrain c'est tout. »

Delater avait été frappé par la fréquente coïncidence des diverses manifestations d'un déséquilibre glandulaire avec l'apparition des premiers ébranlements dentaires attribuable à un processus de désolidarisation inflammatoire entre les dents et leurs loges alvéolaires, et il a exposé l'hypothèse d'une corrélation entre l'apparition de certaines pyorrhées et celle de troubles portant sur les autres phanères : poils et ongles.

Nous avons nous-même constaté une coïncidence frappante chez les sujets atteints de déséquilibre endocrinien de pyorrhée alvéolo-dentaire et chute de poils. Celle-ci se manifestant d'abord à la région antéro-externe de la jambe s'étendant de plus en plus et se terminant par la disparition de la queue du sourcil. D'autre part, quoique moins souvent, une dyskératose des ongles. Aussi bien à la consultation du Dr Léopold Lévi qu'à celles de l'Hôpital Pasteur, nous avons délibérément cherché des manifestations coexistantes de ce trouble sur un certain nombre de pyorrhéiques et l'influence que pourrait avoir, sur leur état, la conduite d'un traitement général et local adapté à ce trouble. Nous avons aussi essayé un traitement préventif chez les jeunes sujets menacés de pyorrhée présentant un déséquilibre endocrinien et déjà la disparition des poils à la région antéro-externe de la jambe.

Tous les dysendocrinienis, à beaucoup près, ne sont pas pyorrhéiques et en particulier parmi les hommes, mais presque tous les pyorrhéiques offrent les signes d'une instabilité glandulaire. Thibault rattache la pyorrhée à la ménopause. Avant lui : Tellier et Fichot ont fait

allusion, dans leurs remarquables travaux sur la maladie de Fauchard, à certains faits cliniques d'observation courante qui permettent de rattacher la pyorrhée à la ménopause et ce sont eux qui ont permis à Rousseau-Decelle de tenter une interprétation pathogénique des relations qui paraissent exister entre la fonction ovarienne et le trophisme de la région alvéolo-dentaire. Dans cette étude, se trouvent relatées trois observations de polyarthrite à évolution grave, rapide, survenue au bout de quelques années chez des femmes ovariectomisées précocement et Thibault a observé deux cas analogues. Il est donc logique, *à priori*, de supposer qu'il en va de même à la ménopause. Nous avons, en effet, observé chez certains malades, quelques mois après la disparition du flux menstruel, ces besoins de serrer les dents, ces sensations d'agacement gingival, ces poussées intermittentes de gingivite congestive qui marquent le début de la polyarthrite. Mais, il est évident que la ménopause ne peut entraîner la pyorrhée que dans les cas qui présentent une instabilité endocrinienne. D'après Thibault, le métabolisme basal est modifié dans 83 % des cas, selon le type de l'hyper ou de l'hypothyroïdie ; cela indique de façon encore plus évidente que l'organisme est en quête d'un nouvel équilibre et surtout que la glande responsable c'est la thyroïde. Une raison qui vient à l'appui de cette affirmation, c'est que la pyorrhée est presque aussi fréquente chez l'homme que chez la femme : sur 71 cas de Thibault, 39 seulement étaient du sexe féminin. Ce léger excédent semble peu significatif pour ce qui a trait au rôle de la ménopause. Plus intéressante est la constatation d'une différence entre les deux sexes. Chez la femme en effet elle semble apparaître bien plus précocement et cela est assez logique si l'on songe aux multiples facteurs qui peuvent, chez la femme, influencer : genre d'existence, prédisposition au dysfonctionnement endocrinien, grossesse, etc... Dans ses travaux avec Rotschild (1911), Léopold Lévi avait déjà montré l'influence favorable du traitement thyroïdien contre l'ébranlement des dents, la gingivo-stomatite de

l'enfant et de l'adulte et la pyorrhée alvéolo-dentaire. Thibault et Delater reconnaissent que la base de leur traitement contre la pyorrhée est thyroïdien.

Delater (« Esprit Médical » de Janvier 1932) donne six observations qui sont, pour ainsi dire, calquées les unes sur les autres, c'est pour cette raison que nous ne reproduisons que la première :

OBSERVATION N° 3

Delater (Janv. 1932)

M^{me} D..., 42 ans. Il y a 15 ans, congestion des gencives et déchaussement dentaire initiaux qui, malgré révulsion et nettoyages locaux, réapparaissent à chaque période menstruelle. Il y a 3 ans, début de la ménopause qui coïncide avec une aggravation subite et progressive de l'état gingival et conduit à l'arrêt définitif des règles, il y a 18 mois. Examen local : (Sept. 1929) — Pas de carie. Gencives rouges, suppurantes, sans abcès collecté. Toutes dents mobiles. Traitement local : en 2 mois, amélioration 10 %.

Examen général : (Nov. 1929) — Ménopause : début il y a 3 ans, en coïncidence avec une aggravation de l'état local : terminée il y a 18 mois. Obésité (65 kgs pour 1 m. 48), sensation de gonflement général ; instabilité thermique : bouffées de chaleur, instabilité nerveuse : fatigabilité et nervosisme ; se tord les pieds ; cellulite. Insuffisances ovarienne et hypophysaire, instabilité thyroïdienne.

Traitement approprié (opothérapie ovaro-hypophyso-thyroïdienne), 2 mois après, amélioration 40 % ; 5 mois après, amélioration 90 % ; aucune suppuration ; adhérence ferme des gencives qui sont rétractées, mobilité dentaire totalement disparue, sauf deuxième prémolaire supérieure droite encore légèrement mobile. A la radio, reconstitution d'un rebord alvéolaire très net, au-dessous des septum résorbés.

OBSERVATION N° 4

*recueillie à la consultation du Dr Léopold Lévi,
Hôpital Cochin*

M^{me} B..., 35 ans, est atteinte de pyorrhée grave. L'examen local montre des gencives enflammées, molles, déchiquetées par endroits, repoussées par un abondant dépôt de tartre autour des dents. Il y a une suppuration abondante, la simple pression sur les gencives fait sourdre un pus jaunâtre. La radiographie montre une résorption alvéolaire marquée. Un spécialiste chargé de faire un traitement local au ZNCl_2 n'obtient qu'une amélioration insignifiante au bout d'un mois de traitement. Son état général qui était déjà mauvais ne s'est pas amélioré. Elle présente, en

effet, un amaigrissement considérable. Elle accuse, d'autre part, certaine frilosité, dit avoir toujours été glacée. Présente aussi un certain nervosisme, certaines angoisses. Pleure facilement. Humeur instable. Elle est originaire de Suisse où le goître est très fréquent. Elle présente, en plus, une constipation opiniâtre. Un traitement thyro-hypophyso-ovarien, après 4 semaines, donne des résultats surprenants. Les gencives sont fermes et la suppuration a disparu. Cette amélioration s'est encore accentuée après quelques mois de traitement.

OBSERVATION N° 5

(Personnelle)

M. B..., 25 ans, coiffeur, vient nous voir à l'Hôpital Pasteur. Il a une pyorrhée alvéolo-dentaire abondante. Elle est marquée surtout à la mâchoire inférieure qui est atrésique et sur laquelle les dents chevauchent. Les gencives sont rouges, il y a une suppuration importante.

Son état général est mauvais. Il accuse une frilosité constante. Ses extrémités sont gelées. Il est irritable et affiche une certaine tristesse. Il se sent toujours fatigué. Son tube digestif présente une certaine hypotonie ; clapotage gastrique, ballonnement, grande constipation coupée de crises diarrhéiques courtes.

Nous le soumettons au traitement thyro-hypophysaire et lui conseillons un traitement local à base d'arsenic. Huit jours plus tard, il y avait déjà une disparition de la suppuration. Au bout d'un mois, l'amélioration était considérable ; nous le soumettons alors uniquement au traitement thyroïdien, à la dose de 0 gr. 05, trois fois par semaine. Or, non seulement ses gencives se sont raffermies — il persiste seulement un déchaussement marqué de ses dents — mais il digère mieux, va régulièrement une fois par jour à la selle et est infiniment plus gai.

OBSERVATION N° 6

(Thibault, « *Revue de Stomatologie* », Avril 1928)

M^{me} G... vient nous consulter en Novembre 1924 pour une pulpite de G⁴. Sa denture nous apparaît de prime abord en excellent état. Les dents appartiennent au type hypercalcifié. Quelques-unes sont obturées ; 6 seules sont absentes depuis plusieurs années. Les gencives sont saines, sertissant parfaitement le collet des dents ; seules les languettes inter-dentaires des régions incisives supérieures et inférieures sont légèrement émoussées et décollées. Toutefois, cette personne qui prête une grande attention à son état buccal nous signale qu'elle éprouve de temps à autre un agacement généralisé des dents et une irritation passagère des gencives qui se mettent à saigner sous l'action du brossage. Ces manifestations, précise-t-elle, correspondent aux périodes où devraient survenir les règles qui, depuis un an, n'apparaissent

plus que très irrégulièrement. Aux mêmes époques, elle ressent des douleurs dans la région scapulaire droite et des sensations de fourmillement et d'engourdissement dans les doigts.

G⁴ est traitée et je ne revois plus la malade qu'un an et demi après, en Avril 26. Elle m'apparaît alors très changée. Ses traits se sont épaissis et elle me dit avoir augmenté de six kilos, se sentir très affaiblie et souffrir constamment de son épaule droite dont les mouvements deviennent de plus en plus limités. Le médecin traitant attribue nettement ce rhumatisme chronique à la ménopause. L'état bucco-dentaire est également bien modifié. La bouche est toujours très soignée, très propre, mais les gencives sont décollées et toutes les dents de G⁴ à D⁵ et de G⁶ à D⁵ sont mobiles. Le stylet explorateur découvre à leur pourtour des culs-de-sac de 2 à 3 m/m de profondeur ; la pression fait sourdre une faible sérosité opalescente où l'examen bactériologique montre un polymicrobisme à prédominance coccidienne. La radiographie révèle dans les mêmes régions une raréfaction osseuse des rebords alvéolaires.

Nous prescrivons des soins d'hygiène buccale encore plus rigoureux ; du massage gingival, et nous pratiquons, à plusieurs reprises, des pointes de feu sur toute la hauteur des alvéoles et des attouchements à l'acide trichloracétique.

En dépit de ce traitement, les lésions continuent à s'aggraver et nous contraignent, au début de 1927, à extraire cinq dents et à émettre, pour l'avenir, un pronostic fâcheux.

Ayant revu, il y a quelques mois, M^{me} G..., il nous a semblé que les lésions avaient, au contraire, une tendance très nette à se stabiliser. L'ébranlement des dents ne s'est pas accru ; au maxillaire supérieur, il reste strictement localisé aux huit dents antérieures, les culs-de-sac ne se sont pas approfondis et la suppuration est toujours presque nulle. La malade nous a d'ailleurs appris qu'elle suivait, depuis près d'un an, un traitement général comportant l'ingestion alternée de cachets de poudre d'ovaire et de capsules kératinisées d'huile phosphorée. Sous son influence, les douleurs scapulaires ont complètement disparu, la tendance à l'obésité s'est atténuée et le métabolisme basal, abaissé de 15 % en 1926, tend à se rapprocher de la normale (moins 4 % actuellement).

ŒSOPHAGE

Les troubles endocriniens que l'on peut rencontrer au niveau de l'œsophage sont assez peu nombreux. On a signalé, cependant, la fréquence des spasmes en rapport avec l'hypervagotonie de certaines dystrophies, notamment dans le Basedow.

Nous avons observé souvent ce symptôme chez les hyperthyroïdiens à la consultation du D^r Léopold Lévi, parfois exagéré par l'émotion de paraître devant un groupe de médecins, mais le plus souvent, ces malades invités à boire une boisson glacée arrivaient à l'absorber après quelques hésitations.

On a signalé également la possibilité de contraction de l'œsophage traduisant l'insuffisance parathyroïdienne.

Voici une observation à l'appui de ces faits :

OBSERVATION N° 7

*recueillie à la consultation du D^r Léopold Lévi,
à l'Institut Prophylactique*

M^{lle} G..., étudiante en lettres, était très émotive et passait ses examens avec difficulté, à cause de cela. Quelques jours avant la date de l'examen, elle ne pouvait plus absorber de nourriture, elle pouvait seulement boire du lait froid et des boissons sucrées et glacées. Elle a entendu parler du D^r Léopold Lévi, et la voilà à sa consultation.

C'est une hyperthyroïdienne instable. Ses mains sont violettes, moites, froides et agitées d'un léger tremblement. Son pouls donne 160 pulsations à la minute.

Elle est soumise au traitement thyroïdien à faible dose (1/20 de milligr.) en cachets, à prendre 20 jours par mois. Son état s'est considérablement amélioré et attirée par le milieu médical, elle cesse de faire les lettres pour faire sa médecine.

OBSERVATION N° 8

*recueillie à la consultation du D^r Léopold Lévi,
à l'Hôpital Cochin*

M. M... fermier, 50 ans, est arrivé à la consultation du D^r Léopold Lévi après avoir, disait-il, vu de nombreux médecins et absorbé différents médicaments qui n'avaient apporté à son état qu'une sédation relative. Il accusait une sensation de striction cervicale s'accompagnant de salivation abondante et survenant par crises, pendant lesquelles il lui était impossible de prendre n'importe quelle nourriture et même de boire. Invité à écrire, pour répondre au questionnaire d'usage, il déclare ne pouvoir le faire, à cause de son état de nervosité. Nous constatons, à l'examen, une excitabilité neuro-musculaire certaine. Les signes de Chwostek et de Lust sont suffisamment nets. Ses réflexes tendineux sont très vifs et suivis de contractions musculaires. Autorisé à le traiter par injections d'extrait parathyroïdien, à raison de 10 milligr. par jour, nous constatons, au bout du 6^e jour, une amélioration certaine et au bout de la douzième injection, ses malaises avaient complètement disparu. Nous lui avons demandé de revenir dès l'apparition de nouveaux troubles mais nous ne l'avons plus revu.

DYSPEPSIES ENDOCRINIENNES

L'estomac ne réagit pas seulement aux causes qui ont leur action directe sur lui. Nul n'ignore le nombre imposant des syndromes gastriques dits réflexes qui ont été décrits et peu à peu se sont dégagés des syndromes de réaction gastrique, de causes diverses du chaos des dyspepsies. L'endocrinologie a contribué à éclairer certains syndromes et, dans le nombre des dyspepsies de causes indéterminées, il convient de dissocier un certain groupe d'origine glandulaire. Ainsi, le terme de « dyspepsie endocrinienne » déjà prononcé par le professeur Loeper ne présageant rien de la pathogénie de ces réactions gastriques d'origine nerveuse ou humorale nous paraît adéquat.

ANOREXIES ET HYPOREXIES DUES A L'HYPOTHYROIDIE

(Etude clinique)

Si l'on peut quelquefois rencontrer des cas d'hyperthyroïdie avec manque d'appétit et même, dans les états graves, avec répugnance caractérisée pour les aliments, il faut bien dire que ces cas sont rares. Dans la plupart des cas, le manque d'appétit est lié à l'hypothyroïdie. Hernando de Madrid cite plusieurs cas observés dans la clientèle ou à l'hôpital où l'hypochlorhydrie ou anachlorhydrie peuvent être considérées comme reposant sur l'hypofonction de la glande thyroïde. Notamment sur deux cas qu'il a publiés, il a été établi que sous l'influence d'un traitement thyroïdien, il y avait une augmentation de l'acide chlorhydrique de l'estomac. Boenheim et Escudero ont fait la même constatation. Escudero assure que dans les cas déterminés d'hypochylie fonctionnelle et d'achylie, même sans symptôme d'hypothyroïdie, une amélioration et la guérison survenaient sous l'influence du traitement thyroïdien. Dans le myxœdème qui est l'état hypothyroïdien par excellence, l'appétit est fortement diminué. Hernando qui a examiné quelques hypothyroïdiens à la radioscopie, a trouvé un estomac atone, cependant, le vidage s'opère rapidement, sans doute, par suite de l'hypoacidité.

OBSERVATION N° 9

(Communiquée par le D^r L. Lévi)

M. B., 50 ans, a été consulté à l'Hôpital Saint-Antoine pour grande fatigue qui le rend incapable de travailler le matin. Il est

Constamment frileux et est en plus rhumatisant. Ce qui l'ennuie le plus, c'est une maladie d'estomac pour laquelle il a consulté successivement tous les spécialistes et a recueilli des diagnostics de nervosisme stomacal, hyperchlorhydrie, dilatation d'estomac, sans résultat thérapeutique.

On le soumet au traitement thyroïdien à 0,002 par jour. 15 jours après, son état gastrique s'est amélioré, en même temps que le reste de ses fonctions, et il peut digérer sans peine toutes les catégories d'aliments.

Trois ans plus tard, ce sujet qui, après cessation du traitement, souffre à nouveau de son estomac, commence une maladie de Basedow avec lobe droit pulsatile.

L'hyperthyroïdie basedowienne réalise chez ce malade une autothérapie portant sur le froid, la fatigue, les troubles d'estomac. Le malade pouvait à nouveau digérer, sans malaise, tous les aliments.

OBSERVATION N° 10

(Personnelle)

M^{lle} R..., 19 ans, étudiante des Beaux-Arts, vient à la consultation de l'Hôpital Pasteur persuadée que son état nécessite un examen approfondi. Elle éprouve des fatigues intellectuelles parfois insurmontables et surtout, n'a pas faim. Elle a les mains froides, dit n'avoir jamais chaud et être très sensible au froid. Ce qui l'inquiète le plus, c'est son manque d'appétit qui s'accompagne d'amaigrissement. Nous la soumettons au traitement thyroïdien en cachet d'extrait de 0 gr. 05 pendant 5 jours par semaine. Au bout du 20^e cachet, elle revient nous dire qu'elle mange avec appétit, qui est venu progressivement, et que, s'étant pesée, elle a gagné 1 kg. Son état a continué à s'améliorer même après le traitement, et, revue trois mois plus tard, son poids a augmenté de 5 kilos.

OBSERVATION N° 11

(Communiquée par le Dr L. Lévi)

M. B..., 20 ans, était soigné à tort pour tuberculose pulmonaire. Il se plaint cependant de toux fréquente, suffocations, transpiration, battements de cœur, absence d'appétit, amaigrissement. On ne trouve chez lui aucun signe stéthoscopique digne d'intérêt, mais par contre, on reconnaît le syndrome d'instabilité thyroïdienne. Il est soumis au traitement thyroïdien pendant 4 mois. Il a pris 96 cachets de thyroïde à 0.025.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit est revenu et son poids qui n'a jamais dépassé 51 kilos a atteint 56 kilos.

OBSERVATION N° 12

(Communiquée par le D^r L. Lévi)

Françoise P..., 12 ans, mesurait 1 m. 24 et pesait 23 kilos. Elle était indolente, apathique, avait les mains cyanosées, enfin, paraissait quelque peu arriérée. Sa mère nous fait savoir qu'elle ne va pas à la selle et surtout qu'elle ne mange pas. Soumise au traitement thyroïdien, cette enfant qui n'a jamais connu la faim, se familiarise avec l'appétit qui finit par dépasser celui des autres enfants. Sa mère disait qu'elle avait une faim « d'ogresse ». Au bout de sa cure de 64 cachets de 0.020 de thyroïde l'enfant a gagné 4 kgs 400 au poids et 4 cm. 1/2 à la taille.

SYNDROME ALGIQUE DU A L'HYPERTHYROIDIE

Les malades qui présentent ce syndrome sont des thyroïdiens et des intoxiqués thyroïdiens. L'hyperthyroïdie s'exprime, chez eux, par le tremblement, la tachycardie, l'émotivité, l'instabilité et l'excitabilité nerveuse, la tendance aux sueurs, la réaction vaso-motrice, enfin parfois, et non d'une façon constante, l'augmentation du volume du corps thyroïde.

OBSERVATION N° 13

(Uzan, J. de Méd. de Paris, 1932)

M^{lle} D..., 23 ans, avait commencé à souffrir à 19 ans. Peu à peu étaient apparues des douleurs épigastriques survenant deux à trois heures après les repas, presque journellement, puis vomissements alimentaires parfois bilieux. Diarrhée par poussées avec glaires, parfois, sang plus ou moins digéré. L'examen montre un estomac dont le bas-fond atteint le pubis. Aucune stase alimentaire: la sonde ramène très peu de liquide à jeûn, à Gunschourg négatif. Après repas d'Ewald on trouve : A = 1.10 et H = 0.64. En somme, dyspepsie sans caractère net. Par contre, le pouls est à 120, la malade étant couchée ; il existe un tremblement net des mains, une hyperesthésie de la région thyroïdienne, mais pas de goître, un regard fixe et brillant.

On prescrit de l'hématoéthYROÏDINE et on met la malade à un régime dyspeptique banal, sans autre traitement. En quelques mois, les signes dyspeptiques ont rétrocedé, la malade a augmenté de poids, mais l'éréthisme cardio-vasculaire persiste.

OBSERVATION N° 14

(Personnelle)

M^{lle} M..., âgée de 22 ans, vient à la consultation de l'hôpital Pasteur en octobre 1931. Elle se plaint de maux de ventre, tirail-

lements, et surtout, points de côté dans le flanc gauche. L'examen de la malade ne décèle rien de particulier au point de vue de son tube digestif. Par contre, nous sommes frappé par la moiteur de ses téguments, le tremblement des extrémités tout à fait caractéristique de l'hyperthyroïdie. D'autre part, elle présente un corps thyroïde nettement palpable. Ses doigts présentent des nodosités de Bouchard ; enfin, ses yeux présentent une légère exophtalmie. L'interrogatoire nous apprend que ses règles sont douloureuses et qu'elles viennent toujours avec un peu d'avance ; d'autre part, qu'elle a de la diarrhée très fréquemment par crises.

Soumise au traitement de l'hématoéthYROÏDINE à dose de 4 cuillerées à café, elle éprouve certains malaises et particulièrement des nausées sans vomissements. La dose de 2 cuillerées à café a été bien tolérée et a fait disparaître ses douleurs intestinales. Elle n'a, d'autre part, plus de diarrhée, son intestin est bien réglé.

OBSERVATION N° 15

(Personnelle)

M^{lle} Suzanne Ch..., 29 ans, violoniste, nous fournit une des plus belles observations. Nous la voyons à la consultation de l'Hôpital Pasteur au mois d'Avril 32, où elle vient consulter pour douleurs et crampes d'estomac n'ayant aucun rapport avec les repas et ne s'accompagnant ni de nausées, ni de vomissements. Nous sommes frappés par le faciès hyperthyroïdien. Ses yeux semblent énormes, sont luisants et présentent une légère exophtalmie. Son corps thyroïde est très palpable, surtout le lobe gauche. Le pouls bat à 120. Faisant la part de l'émotion, nous comptons les pulsations une demi-heure après (112 pulsations). La malade présente un état de maigreur assez prononcé. Ses mains sont froides, humides, et elles sont agitées d'un tremblement assez marqué. Nous lui demandons si elle n'est pas gênée par ce tremblement lorsqu'elle joue du violon. Elle déclare que non, sauf lorsqu'elle doit jouer en solo et devant une assistance. Dans ce cas, souvent, elle est obligée d'y renoncer, mais elle dit savoir, avant de commencer, si elle pourra ou non jouer convenablement. De toute façon, ces émotions la rendent très nerveuse, aussi a-t-elle fini par jouer seulement dans un orchestre et donner des leçons.

La radioscopie montre un estomac hyperkinétique.

Son métabolisme basal fait à l'Hôpital Saint-Michel se montre très élevé (augmentation de 40 %). Nous lui donnons 15 gouttes de teinture de belladone et jusquiame deux fois par jour aux repas, puis de la gènesérine, sans résultat appréciable. La malade revient, et cette fois, nous prescrivons uniquement de l'hématoéthYROÏDINE à la dose de 4 cuillerées à café par jour.

Huit jours plus tard, elle n'avait plus aucune douleur et, contente, venait nous en informer. Nous avons conseillé de dimi-

nuer progressivement la dose en raison du prix élevé de ce médicament, et elle nous rapporte que : avec deux cuillerées elle continue à souffrir, mais avec trois, elle ne souffre plus du tout. Ce qui semble bien prouver l'efficacité du traitement, c'est qu'elle est venue elle-même, un mois plus tard nous dire : « Je serai donc condamnée à prendre toute ma vie ce médicament dont je ne peux plus me passer ? »

Sur les conseils du D^r L. Lévi, nous remplaçons l'hématoéthyrôïdine par de l'extrait de thyroïde à très faible dose : un cachet par jour de 0 gr. 0001, mais l'hématoéthyrôïdine reste nécessaire à la dose d'une cuillerée par jour. Ne pouvant malgré tout continuer ce traitement trop onéreux pour elle, nous lui conseillons, au bout de quelques mois, de suivre un traitement radiothérapique.

TROUBLES DUS A L'HYPERTHYROIDIE HYPEREXIE ET HYPERCHLORHYDRIE

Chez les hyperthyroïdiens, l'appétit est fortement augmenté. Il n'est pas rare d'observer, chez ces malades, une véritable boulimie. L'hormone thyroïdienne excite la sécrétion gastro-intestinale (Marbé et Nürenberg). On peut donc, avec Boenheim admettre l'hyperchlorhydrie habituelle des hyperthyroïdiens. Mais si l'hyperthyroïdien présente une augmentation de l'appétit, il convient de noter qu'il est également atteint d'une satiété précoce.

Les résultats thérapeutiques parlent suffisamment en faveur d'une relation entre l'hyperthyroïdie et l'hyperchlorhydrie, mais nous préférons citer quelques faits cliniques.

OBSERVATION N° 16

(Uzan, « J. de Méd. de Paris », 1932)

M^{me} M..., au moment où elle a été examinée à l'Hôpital Saint-Michel, présentait des signes qui pouvaient faire penser à un ulcus : douleurs épigastriques irradiant vers le sein et le bras droit, vomissements d'aliments, plus souvent d'eau, constipation. Mais cette malade n'avait pas eu d'accalmie nette depuis trois ans qu'elle souffrait. Les douleurs et les vomissements n'avaient pas ce type fixe qui existe dans l'ulcus. Le chimisme, après repas peptoné et prélèvements en série avec tube d'Einhorn, donne une courbe normale. La radioscopie montre un estomac descendant à 5 cm. au-dessous de la ligne basiliaque. D'autre part, il existe un érétisme vasculaire net ; il s'étend aux vaisseaux du cou et à l'aorte abdominale dont on perçoit les battements à l'épigastre. Le pouls est à 112. Il y a une légère exophtalmie, du tremblement, mais pas de goître ; enfin, les règles sont irrégulières. On combine un traitement ovarien à l'hématoéthyrôidine. Notre malade va mieux actuellement.

OBSERVATION N° 17

(Personnelle)

M^{me} C..., 46 ans, artiste dramatique. Nous la voyons à l'hôpital au mois de Novembre 1932, où elle vient consulter pour amaigrissement considérable (8 kilos) qu'elle croit motivé par des vomissements bilieux et acides qu'elle a plusieurs fois par jour, sans horaire fixe, et n'ayant aucun rapport avec les repas. Or, depuis cinq ans, elle avait déjà des signes de ménopause: nervosisme, parfois des malaises allant jusqu'à la syncope, palpitations très souvent; nous constatons à l'examen une grande émotivité qui aurait été consécutive à cet état. Cependant, l'interrogatoire révèle qu'elle a toujours été très émotive. Un petit tremblement rapide des extrémités, un pouls très rapide: 120 pulsations, une exophtalmie assez marquée et corps thyroïde assez palpable, montrent suffisamment que nous avons affaire à une hyperthyroïdienne. Cependant, ce qui l'inquiète le plus, c'est la présence d'un lypome de la région deltoïdienne droite. Elle prétend le sentir battre et avoir des élancements douloureux avec irradiation vers le bras et au sein, du même côté. Nous la soumettons au traitement thyroïdien à la dose de 0 gr. 001 par jour. Pour calmer sa nervosité, nous associons à ce traitement l'extrait de passiflore à la dose de deux cuillerées à dessert par jour. Nous la voyons 15 jours plus tard, son nervosisme est encore plus marqué, elle croit avoir des hallucinations et s'alimente encore plus mal. A ce moment, nous la soumettons au traitement de l'hématoéthyoïdine à la dose de 4 cuillerées à café par jour. Elle revient 20 jours plus tard nous déclarer qu'elle se trouve infiniment mieux et nous lui conseillons de continuer ce traitement pendant deux mois. Nous la revoyons au bout de ce temps; elle a gagné trois kilos. Elle s'alimente, par conséquent, beaucoup mieux, seulement, elle trouve le médicament très cher et dit ne plus pouvoir en faire les frais. Nous remplaçons à ce moment-là l'hématoéthyoïdine par de l'extrait de thyroïde Choay à la dose d'1/10 de milligr. Nous lui faisons prendre en plus dix jours par mois, dix gouttes deux fois par jour de teinture d'iode. Son état a continué à s'améliorer et s'est maintenu depuis.

DYSPEPSIE FLATULENTE

C'est une dyspepsie due à l'hyperthyroïdie ou peut-être tout simplement au goître ; elle a été décrite par le professeur Loeper. Ces troubles digestifs se caractérisent par : gêne de la déglutition, sensation de gonflement après les repas, éructations nombreuses, gaz intestinaux. Le météorisme paraît la note dominante ; l'examen radioscopique montre une chambre à air volumineuse et souvent de la pneumatose intestinale. La perméabilité du pylore reste normale, l'évacuation de l'estomac ne paraît pas retardée. Il existe parfois des spasmes mésogastriques et une certaine hyperexcitabilité des muscles de l'estomac. Le suc gastrique n'est pas abondant à jeûn. Le taux de l'acidité totale et celui de l'Hcl libre restent normaux.

OBSERVATION N° 18

(Prof. Loeper, leçons de pathologie digestive, 4^e série)

Un soldat présente un goître volumineux et mou remontant, dit-il à un mois, mais certainement beaucoup plus ancien. Depuis le début de la guerre, il est devenu émotif et tachycarde. Il a un peu d'exophtalmie, une fixité anormale du regard, mais il ne présente point les signes de de Graefe et de Stellwag. Il est amaigri ; le tremblement périphérique est typique et la réaction vasomotrice très accentuée. Depuis quelques semaines, il se plaint de troubles digestifs constitués par une salivation intense survenant une demi-heure après le repas et de météorisme marqué de l'estomac. Ce météorisme ne s'accompagne pas de douleurs violentes, mais parfois, vers la troisième heure, de sensations dyspnéiques et même de crises d'asthme véritable qui cessent après une salve d'éructations bruyantes et sans odeur.

De plus, il existe à certains jours quelque temps après le repas des vomissements alimentaires mêlés de salive qui semblent de véritables régurgitations œsophagiennes.

OBSERVATION N° 19

(Pr Loeper, *Leçons de pathologie digestive, 4^e série*)

Elle a trait à un officier commotionné en Septembre 1916, qui se présente à la consultation du 3 Avril 17 pour troubles nerveux et digestifs : irritabilité, émotivité, instabilité, tachycardie, raie vaso-motrice ; léger tremblement menu et rapide des extrémités, regard fixe un peu hagard, sans exophtalmie vraie ; troubles digestifs caractérisés par de la gêne de la déglutition, par des sensations de gonflement après le repas qui l'obligent à desserrer ses vêtements et ne cessent que trois ou quatre heures après l'ingestion des aliments ; éructations nombreuses ; émissions surtout nocturnes et parfois inconscientes de gaz intestinaux ; douleurs parfois vives dans l'hypocondre gauche ; tous symptômes résistant au régime, au repos, et s'accroissant notablement dans la position couchée, au point qu'ils forcent le malade à s'asseoir la nuit pendant deux ou trois heures.

Pas de diarrhée vraie, mais des alternatives de constipation et de diarrhée avec parfois des selles mousseuses et aérées.

L'examen du cou montre une augmentation notable des lobes du corps thyroïde surtout du gauche qui atteint le double de son volume normal et se prolonge en arrière. On porte le diagnostic de maladie de Basedow compliquée de troubles gastriques.

OBSERVATION N° 20

(Loeper, *Path. digestive, 4^e série*)

Une troisième observation concerne une secrétaire des hôpitaux militaires, M^{me} B..., qui est atteinte de troubles digestifs tardifs survenant deux heures après les repas et persistant une demi-heure à 1 heure environ. Les mêmes malaises apparaissent souvent à jeûn et dans la nuit et occasionnent de l'oppression. La malade accuse, en outre, une certaine gêne de la déglutition et une salivation fréquente. L'estomac est sonore comme un tambour ; la matité hépatique est effacée par un météorisme très étendu et la radioscopie montre la distension par les gaz, de l'estomac et de l'angle droit du côlon. Il n'y a pas de diarrhée mais des gaz intestinaux.

La malade est d'une instabilité nerveuse marquée, d'une grande impressionnabilité. Elle est érythrodermique, tremblement des extrémités, et présente de la tachycardie à tendances paroxystiques.

L'examen du cou montre un corps thyroïde volumineux avec une masse du volume d'une noix au milieu de l'isthme thyroïdien.

OBSERVATION N° 21

(Recueillie à la consultation de L. Lévi, à l'Hôpital Cochin)

M^{me} Eugénie R..., 39 ans, arrive à la consultation du D^r L. Lévi, envoyée par un médecin de banlieue. Elle a un goître volumineux et dur, mais ne s'y intéresse pas ; dit l'avoir toujours eu, et si elle vient consulter, c'est parce qu'elle a continuellement des douleurs intestinales, des éructations nombreuses et bruyantes et que ses digestions se font très mal. Elle a été soignée pendant des années par différents médecins, dit-elle, sans avoir obtenu aucune amélioration. Le médecin qui l'envoie, sans lettre d'ailleurs, l'avait soignée pendant un an, et son geste dit suffisamment que, pour lui, ce cas relève de l'endocrinologie. L'examen révèle qu'elle a un ventre ballonné et du clapotage gastrique. Elle présente quelques signes d'hyperthyroïdie. Le tremblement est très léger, mais existe ; elle a des nodosités de Bouchard, ses mains sont brûlantes et présentent une certaine bouffissure rose. C'est l'œdème rose, nous dit L. Lévi qui affirme, en même temps, que son météorisme est dû à des spasmes intestinaux. Son pouls bat à 80 pulsations. Cette malade est assez bien réglée. Soumise au traitement thyroïdien à faible dose : 0 gr. 001 par jour — à suspendre pendant la période des règles — elle observe une amélioration certaine dès le premier mois. On décide d'avoir recours à l'électrothérapie et aussi de l'envoyer en consultation en chirurgie. Nous l'avons perdue de vue depuis.

DYSTHYROIDIE

Nous devons laisser une place ici pour l'instabilité thyroïdienne. Les malades qui présentent ce syndrome offrent, au point de vue gastro-entérique un tableau clinique tellement complexe et varié (qui est d'ailleurs la meilleure caractéristique de cet état) qu'il faut renoncer à leur rattacher un tout autre syndrome, mais, il semble cependant qu'il y ait prédominance d'hyperthyroïdie. C'est l'instabilité thyroïdienne comparée par L. Lévi « au danseur de corde » et présentant des réactions d'autant plus vives et soutenues en hyperthyroïdie qu'elles l'ont été en hypothyroïdie pour maintenir l'équilibre. On voit donc apparaître toutes sortes de symptômes opposés dans un minimum de temps : appétit ou inappétence complète, diarrhée ou constipation, très probablement en rapport avec la dose d'excitant thyroïdien.

MANIFESTATIONS INTESTINALES CHEZ LES THYROIDIENS

Si dans les manifestations stomacales il est difficile de reconnaître les hypo des hyperthyroïdiens, il n'en est pas de même dans les manifestations intestinales. Nous les diviserons donc en hypo et en hyper,

HYPOTHYROIDIE

(Etude clinique)

Cliniquement, l'hypothyroïdien est un malade qui est constipé depuis longtemps. Il a une selle tous les deux ou trois jours. Radiologiquement, on observe un gros relâchement intestinal. Le côlon est plus ou moins ptosé, les coudes sont plus accusés. Si l'on étudie le transit intestinal, on constate qu'il est très ralenti. Cette constipation prolongée, on voit apparaître des signes d'intoxication intestinale, céphalée, insomnie, cauchemars, anorexie. Les femmes hypothyroïdiennes voient leur constipation s'accroître pendant les règles. Chez elles, où il se joint presque toujours des manifestations ovariennes, on voit apparaître une hyperesthésie abdominale toute spéciale. A la base de l'entérite muco-membraneuse, M. Trémolières a placé l'insuffisance thyroïdienne, mais nous n'avons pu trouver aucun fait probant.

CONSTIPATION DUE A L'HYPOTHYROIDIE

Dans tous les travaux publiés sur le myxœdème dans les traités classiques, comme dans les monographies, on trouve cité, parmi les symptômes, la constipation. Mais il semble bien que les auteurs aient noté ce symptôme basal sans y attacher aucune importance. Hertoghe médecin d'Anvers, qui publia en 1899 une monographie, se demanda le premier si la constipation ne pouvait pas être mise sur le compte de l'hypothyroïdie. Après lui, L. Lévi, en 1908, a publié trois notes concernant les rapports de la constipation et du corps thyroïde. Minoret, sur les conseils de ce dernier, a fait sa thèse en 1911 sur le traitement thyroïdien de la constipation. Il y a réuni 27 observations dont plusieurs personnelles et toutes sont très concluantes.

OBSERVATION N° 22

(Personnelle)

M^{me} S., venue à la consultation de l'Hôpital Pasteur, se plaint de brûlures d'estomac survenant tardivement après les repas et de constipation. L'interrogatoire nous apprend qu'elle est frileuse et qu'elle a des troubles menstruels (grande irrégularité). Elle présente un petit goître et une légère obésité. En somme, signe d'hypothyroïdie.

Son métabolisme basal est normal. Soumise au traitement thyro-ovarien, son état gastrique s'améliore, elle ne ressent plus de brûlures que quelques jours avant l'apparition des règles. D'autre part, elle a des selles régulières.

OBSERVATION N° 23

(Communiquée par le D^r L. Lévi)

Louise F..., âgée de 12 ans, est examinée à la consultation du D^r L. Lévi à l'Hôpital Cochin. Cette enfant présente une série de signes d'hypothyroïdie : anorexie, somnolence, frilosité, hypothermie, et en hiver, a des engelures. Elle a toujours été constipée, va à la garde-robe par laxatifs et rend fréquemment des matières en forme de billes. Son ventre est un peu gros ; l'ombilic est baissé. A la palpation on sent son côlon descendant boudiné. On institue un traitement thyroïdien de 0 gr. 025 par jour. Un mois plus tard, elle revient à la consultation, l'intestin fonctionne bien, par période ; elle va 4 ou 5 fois de suite à la garde-robe, puis elle est obligée de reprendre des lavements tous les deux ou trois jours. On ne change pas le traitement. Elle revient le mois suivant et cette fois, l'intestin fonctionne bien. Elle n'a plus besoin de prendre ni laxatif ni lavement. On suspend le traitement pendant deux mois, mais on est obligé de le reprendre à la sixième semaine. Traitement pendant un mois et suspension pendant quinze jours ; de cette façon, on est arrivé à supprimer entièrement le traitement au bout d'un an. Chose à remarquer : l'enfant s'est développée davantage au point de vue cérébral et semble avoir grandi et gagné du poids, dans des proportions vraiment appréciables.

OBSERVATION N° 24

(Personnelle)

Denise J... a 14 ans. C'est une enfant qui a toujours été maigre et fluette pour son âge. Elle fait souvent des petites bronchites. Nous avons constaté de la polymicrodénopathie. La face et le nez, surtout, ressemblent un peu à ceux d'un sclérodermique. Elle a des migraines fréquentes et se plaint de frilosité sans cause. L'appétit est capricieux mais plutôt médiocre. Elle est nerveuse, impatiente. Nous apprenons qu'elle est très constipée, et que pour avoir une selle par jour, elle est obligée de prendre des laxatifs et des lavements. Les selles obtenues au moment des laxatifs sont très variables, comme quantité et comme consistance. On la soumet au traitement thyroïdien : un cachet par jour de 0 gr. 025 pendant 7 jours. Au bout de ce temps, elle va déjà mieux à la selle. Nous conseillons de continuer le traitement jusqu'à concurrence d'un mois, et cette fois, l'intestin est à peu près réglé. Les matières sont plus molles et les selles plus faciles qu'autrefois. Elle prend depuis trois mois le même traitement pendant 15 jours par mois, et son intestin est très bien réglé.

HYPERTHYROIDIE

(Etude clinique)

Il est classique d'admettre que la manifestation intestinale des basedowiens c'est la diarrhée. En réalité, pour la plupart des auteurs, la diarrhée n'existe que dans un tiers des cas environ. Sattler donne ce chiffre. Marañon un chiffre plus fort, puisque sur 569 cas d'hyperthyroïdie, il aurait constaté 203 fois ce signe. Mais comme le font justement remarquer Hernando et Ortega, dans un travail récent très documenté, souvent la diarrhée, seul symptôme d'hyperthyroïdie, peut tromper le médecin qui lui attribuera une autre origine. Ces auteurs donnent à cette diarrhée hyperthyroïdienne une proportion de 10 % dans l'ensemble des diarrhées, ce syndrome intestinal de basedowien est bien connu et nous ne ferons que le décrire rapidement. Le plus souvent, c'est une diarrhée survenant par crises paroxystiques avec nombre de garde-robes très grand, mais sans douleurs abdominales. Les selles sont bilieuses ou lientériques, abondantes, à réaction acide constituant « la diarrhée de sécrétion à type acide ». La traversée digestive est raccourcie. Souvent, il existe des douleurs abdominales, de l'asthénie ; ces signes s'exagèrent, chaque fois que l'envie d'aller à la selle apparaît. Entre ces crises diarrhéiques, on peut observer de la constipation ; mais le plus souvent le malade semble bien réglé au point de vue intestinal. Les crises diarrhéiques apparaissent parfois sans cause apparente, mais fréquemment, on les observe à la période menstruelle. Parfois, l'occasion d'une émotion, d'une contrariété, etc., la fait apparaître. Dans d'autres cas, on

note simplement une tendance à la diarrhée affectant le type matudinal ou post-prendial. Enfin, on peut observer une véritable diarrhée chronique, rebelle au traitement habituel et si les signes d'hyperthyroïdie ne sont pas évidents, le diagnostic peut errer longtemps. Mais, si l'on retrouve de la diarrhée chez les basedowviens, il faut savoir qu'il est possible de rencontrer de la constipation, et ceci semble paradoxal. Le Dr L. Lévi pensait qu'il doit y avoir un seuil au-delà duquel il se produit une réaction inverse (1).

OBSERVATION N° 25

(Uzan, J. de Méd. de Paris, 1921)

M^{me} B..., 38 ans, malade depuis 1913, s'est présentée à l'Hôpital Saint-Michel avec l'aspect clinique d'une dyspepsie sensitivo-motrice. Elle présente un relâchement gastrique assez considérable et un signe rare : hoquet survenant régulièrement vers 5 heures de l'après-midi. Mais l'attention est attirée par le dermographisme, l'éréthisme vasculaire et le tremblement présentés par cette malade. D'autre part, il existe une diarrhée rebelle au traitement ordinaire. On prescrit des cachets de thyroïde et un régime restrictif simple. Revenue à la consultation un mois après, la malade est considérablement améliorée.

(1) Voir observation N° 14,

TROUBLES DUS A L'INSUFFISANCE PARATHYROIDIENNE

L'insuffisance parathyroïdienne est responsable des nombreux spasmes que l'on rencontre dans la pathologie digestive. Il est donc utile de rechercher, chez tous les spasmodiques de l'appareil digestif, les stigmates de cette insuffisance endocrinienne : la trémulation, les crampes, les fourmillements, le doigt mort, les troubles des dents et des ongles et du cristallin (L. Lévi). Il faut rechercher aussi l'hyperexcitabilité des nerfs et des muscles, et enfin, en cas de doute, demander une confirmation au laboratoire par la recherche de l'hypocalcémie.

SPASMOPHILIE

(*Aérophagie*)

D'après Léon Meunier, il y a une aérophagie physiologique réalisée par la poche à air classique de tout estomac dont le rôle serait de régler, par la pression, avec la contraction stomacale, le débit gastrique. Ainsi lorsque l'évacuation pylorique est difficile, le patient, automatiquement, déglutit quelques gorgées d'air pour tenter de forcer le passage, mais, souvent, la nature dépasse le but dans ce phénomène et l'avalement d'air se répétant trop souvent, l'aérophagie se constitue. Le spasme est donc responsable de l'aérophagie et il est très souvent dû à l'insuffisance parathyroïdienne. En effet, en utilisant dans ces maladies, l'extrait de parathyroïde, dont le rôle, dans le métabolisme du calcium est capital, on obtient des résultats surprenants.

OBSERVATION N° 26

(*Personnelle, recueillie à l'Hôp. Cochin*)

M. V..., 48 ans, maçon, est aérophage depuis quelques années. Son état ne s'est guère amélioré par le traitement habituel de l'aérophagie. Or, il a été hospitalisé d'urgence avec le diagnostic de péritonite tuberculeuse et placé dans le service du Dr Pissavy. Appelé à l'examiner, ce malade se plaignait d'avoir la respiration courte et très souvent le hoquet. Son ventre présentait un ballonnement considérable. Nous lui faisons avaler un tube de Faucher ; aussitôt, son ventre s'affaisse et le malade éprouve un soulagement immédiat.

La position ventrale et le bromure n'ont pas empêché que cet état se reproduise dans la nuit et l'interne de garde a dû encore avoir recours au tubage.

Le lendemain, nous demandons la permission de lui faire des injections d'extrait de parathyroïde : une ampoule de 10 milligr. par jour pendant 10 jours. Le malade a quitté l'hôpital le douzième jour, complètement guéri. Il est revenu 15 jours plus tard ayant eu de nouveau le hoquet et nous avons fait une nouvelle série de 10 injections d'extrait de parathyroïde. Nous l'avons perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 27

(Consultations de l'Hôpital Pasteur)

M^{me} R..., 32 ans, vient consulter pour crampes avec brûlures gastro-œsophagiennes très bien calmées par les alcalins et surtout ses éructations très fréquentes. Elle n'a jamais de vomissement ni de douleurs vives pouvant faire penser à un ulcus. Sa langue est rouge et brillante ; pas de sialorrhée. L'examen radioscopique montre un estomac sensiblement normal, mais avec évacuation retardée.

Nous la soumettons au traitement parathyroïdien en cachets de 4 milligrammes : un matin et soir, et pour calmer les brûlures, des poudres inertes. Revu 15 jours après, les brûlures avaient à peu près disparu et les renvois étaient bien moins fréquents. Son état s'est encore amélioré depuis. Elle est toujours en traitement.

ULCUS STOMACAL

La théorie parathyréoprive de l'ulcère de l'estomac est entrée tout récemment dans le domaine de la gastro-entérologie. Elle dérive directement de l'étude clinique de la tétanie au niveau de l'estomac et des autres territoires musculaires et s'inspire des études sur le métabolisme du calcium et les réactions vagues. Dès 1912, Falta et Kahn signalèrent l'augmentation de la sécrétion gastrique et l'accroissement de la motricité chez les tétaniques. Le trouble du métabolisme du calcium est évidemment conditionné par un déficit endocrinien et ce déficit doit être d'ordre parathyroïdien. Pour Alkan, l'ulcère gastrique est dû à un trouble de l'équilibre vasosympathique lié au déficit calcique. Il admet, comme reconnu par tous, que l'acidose excite le parasymphatique et il considère que le déséquilibre neuro-végétatif constaté dans la maladie ulcéreuse est déterminé par l'insuffisance de ce régulateur parathyroïdien. Sans vouloir chercher à approfondir la pathogénie de l'ulcère, nous sommes obligés de constater qu'il y a deux symptômes communs dans l'insuffisance parathyroïdienne et dans l'ulcus, à savoir : l'hyperchlorhydrie et le spasme. Nous nous croyons donc autorisés à admettre qu'il y a un ulcus dû à l'insuffisance parathyroïdienne. De nombreux auteurs, persuadés de ce fait, ont entrepris une thérapeutique de l'ulcus par des extraits de glandes parathyroïdes et les résultats ont été surprenants. C'est Grove et Vines qui ont, les premiers, constaté l'action cicatrisante de l'extrait parathyroïdien dans l'ulcère de l'estomac. Après eux, Palier et Alkan ont fait les mêmes constata-

tions. Max Lévy, François Moutier et Louis Camus ont fait aussi de longues expérimentations, et toutes sont très concluantes, à savoir que l'extrait parathyroïdien donne des succès rapides et durables chaque fois qu'il est établi qu'on a affaire à des ulcères dûs à l'insuffisance parathyroïdienne. D'autre part, que cet extrait agit sur les symptômes douleur et spasme dans tous les ulcères, mais cette fois, sans guérison définitive.

DYSPEPSIES GASTRIQUES D'ORIGINE PARATHYROÏDIENNE

M. Gaston-Durand attribue à l'insuffisance parathyroïdienne certaines dyspepsies gastriques se manifestant par brûlures gastriques ou épigastriques, avec ou sans brûlures œsophagiennes. Ce symptôme représente l'élément subjectif sinon unique, du moins nettement prépondérant. Il est tantôt périodique, à horaire variable, tantôt précoce, tantôt tardif, au cours du nycthémère ou bien continu, du réveil au coucher. Il s'agit là d'une modalité de dyspepsie particulièrement rebelle aux divers moyens thérapeutiques usuels. On peut agir, en effet, momentanément, sur le symptôme, mais il est difficile d'arriver à une guérison complète. Or, le traitement parathyroïdien s'est révélé tout à fait inefficace dans cette catégorie de dyspepsie : sur 57 cas traités par M. Gaston-Durand, on a compté 80 % de guérisons. Les malades qui donnent les meilleurs résultats sont ceux dont le tableau clinique est touffu, formé de traits divers de la dystonie-vago-sympathique avec prédominance de vago-tonie. Ils

présentent, presque toujours, les mêmes symptômes : entéro-colisme, sensation de brûlure intestinale ou vésicale, migraine, urticaire, ou œdème de Quincke, troubles menstruels, état anxieux, mais, le symptôme brûlure est souvent intolérable et est celui dont se plaignent surtout les malades.

OBSERVATION N° 28

(Moutier et Camus, Arch. Mal. App. Dig. Déc. 1929)

Ulcère cavitaire de la petite courbure avec biloculation évoluant depuis 18 mois. Dix injections d'hormone parathyroïdienne, guérison rapide maintenue depuis un an.

M^{me} L..., âgée de 32 ans, souffre depuis un an et demi de douleurs tardives classiques, extrêmement violentes, siégeant à l'épigastre ; ce sont des douleurs en broche, quelquefois accompagnées de vomissements alimentaires. L'amaigrissement, pendant cette période de la maladie, a été de 10 kilos environ. A l'examen radiologique, on constate une niche grosse comme une noisette siégeant au tiers supérieur de la petite courbure, avec un début de biloculation. Le spasme gastrique donne à l'estomac l'aspect en genou caractéristique. La malade suit un régime lacto-farineux strict et a pris en potion gommeuse : atropine, alcalin. Elle a, à différentes reprises, présenté une amélioration légère mais peu consistante. La malade reçoit des injections d'un demi-centimètre cube de parathyroïde pendant cinq jours, soit 10 milligr. et les cinq jours suivants, 15 milligr. Les douleurs augmentent légèrement les 2^e et 3^e jours du traitement, avec un peu d'agitation nerveuse et quelques nausées. La malade se sent beaucoup mieux au bout du 4^e jour. Elle cesse complètement de souffrir à partir de la 8^e injection. Après cette première série de 10 injections, elle est laissée 10 jours au repos, puis reçoit une nouvelle série de 15 injections quotidiennes consécutives de 5 unités seulement par jour, en faisant 12 heures de lit, et en restant soumise au régime lacto-farineux qu'elle suivait déjà avant le traitement. A la dixième injection, la niche était extraordinairement réduite, à peine visible. Huit jours après la première série du traitement, il n'y a plus trace de l'image cavitaire. La guérison est du reste totale et se maintient ainsi depuis un an. La malade a repris, pendant cet intervalle, 7 kgs.

OBSERVATION N° 29

(Moutier et Camus, Arch. Mal. App. Dig. Déc. 1929)

Ulcère de la petite courbure d'âge indéterminé, mais remon-

tant évidemment à plusieurs années. Ulcère cavitaire avec biloculation. Guérison maintenue depuis 6 mois.

M^{me} G..., âgée de 52 ans, est dyspeptique depuis une trentaine d'années. Depuis 2 ou 3 ans, les douleurs ont sensiblement augmenté, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment s'est greffée, sur le fond banal d'une dyspepsie liée à des ptoses très anciennes, l'ulcération en cause aujourd'hui.

Observée au début de l'année, la malade souffre beaucoup plus depuis trois mois. Ce sont des douleurs tardives classiques siégeant à l'épigastre avec irradiations vives à la région mammaire gauche. Coïncidant avec ces crampes violentes ou même en dehors d'elles, à jeûn par exemple, la malade présente des vomissements piteux, et dans les derniers temps quelquefois, même alimentaires. Par ailleurs, elle est atteinte d'une constipation prononcée et a perdu, dans la dernière année, une dizaine de kilos. A l'examen, on note simplement une très vive sensibilité de la région épigastrique, mais la radio permet de constater un gros ulcère cavitaire au 1/3 inférieure de la petite courbure, avec une légère biloculation.

La malade reçoit, du 1^{er} au 17 Juin, 10 injections de 10 unités Collip (1/2 cc. de parathormone Lilly) ; après la première injection, elle souffre davantage. Après la deuxième injection, elle souffre moins et cesse de vomir. Les douleurs diminuent nettement encore après les 3^e, 4^e et 5^e injections ; mais augmentent après la 6^e. On double alors la dose pour 2 injections, et la malade cesse de souffrir d'une façon définitive à partir de la 9^e injection. Il est à noter, pour les dernières piqûres, que lorsque celles-ci étaient pratiquées pendant une crise, la malade était immédiatement calmée. Le retour de l'appétit fut particulièrement remarquable, et la malade gagna 3 kilos en 28 jours. Deux mois après le traitement, l'image cavitaire avait complètement disparu.

OBSERVATION N° 30

(M. Lévy et E. Lévy, *Ar. Mal. de l'Ap. Digestif*, Octobre 1931)

F..., 33 ans, ulcus bulbaire très probable. Vient consulter, en Décembre 30, pour des crises douloureuses siégeant au creux épigastrique, survenant 4 à 5 heures après les repas. Douleurs calmées par les aliments, l'affection évolue depuis 1928 par crises ; au début, 3 à 4 crises. Actuellement : une crise par mois. L'examen radioscopique montre un transit gastro-grêle normal ; un estomac hyperkinétique. Evacuation rapide. Le bulbe se remplit mal et se vide rapidement. Les bords sont flous, sensibilité à son niveau. Radiographie en série du duodénum. On ne constate sur aucun cliché d'image bulbaire normale.

Tube gastrique à jeûn, n'a pas donné de liquide ; après repas d'épreuve on a extrait 130 cc. Hcl 1 gr. 64, acidité totale : 2 grs. Il s'agit vraisemblablement d'un ulcère siégeant sur le

bulbe duodénal. Le patient reçoit une série de 12 injections d'extrait parathyroïdien à raison d'une ampoule par jour. Les douleurs sont calmées dès la première piqûre ; le tubage gastrique pratiqué à la fin des injections et après le repas d'épreuve donne les chiffres suivants : HCl = 0,54 — AT = 1,16.

OBSERVATION N° 31

(M. et E. Lévy, *Ar. Mal. de l'Ap. Digestif*, Octobre 1931)

Herv..., 50 ans. Ulcère de la petite courbure de l'estomac : niche. Souffre par crises depuis 3 ans, avec des intervalles de calme, durant de 1 à 2 mois. Douleurs tardives survenant 3 à 5 heures après les repas, siégeant dans la région épigastrique à irradiations dorsales; les douleurs sont fréquentes, accompagnées de vomissements de petite quantité de liquide très acide. Herv... souffre en permanence depuis 3 mois.

Antécédents: abcès froid dorsal en évolution, tuberculose ganglionnaire cervicale fistulisée.

Le 3 avril 30, l'examen radioscopique montre, au niveau du tiers moyen de la petite courbure de l'estomac, une niche douloureuse à la pression. La radiographie confirme ce diagnostic.

Le liquide gastrique extrait à jeûn contient 1 gr. 10 d'HCl pour une acidité totale de 1,80. Après repas d'épreuve HCl libre est de 0,73. Tous les médicaments ingérés par le malade précédemment sont supprimés en même temps que toute exclusion ou réduction alimentaire. On pratique une série de 12 injections d'extrait parathyroïdien, à raison d'une ampoule tous les 2 jours. Le traitement est poursuivi pendant le mois d'Avril 30. Le patient est amélioré à partir de la 4^e injection. A la fin du mois, les douleurs ont disparu. Le gain pondéral est de 700 grs. (Poids : 42 kgs 800). Une radiographie faite le 3 Mai montre une réduction considérable. Le 17 Mai, on pratique l'examen du suc gastrique. On ne retire plus de liquide à jeûn. Après repas d'épreuve HCl 0,42, acidité totale 0,73. Toutefois une radioscopie révèle la persistance de la niche. Le 22 Sept. 30, le poids est de 44 kgs 600 (gain pondéral, 2 kgs 500).

La fistule thoracique s'est fermée probablement sous l'influence d'un traitement par les rayons ultra-violets.

OBSERVATION N° 32

(M. et E. Lévy, *Ar. Mal. de l'Ap. Digestif*, Octobre 1931)

Huv..., 38 ans. Vu en 29 pour douleurs gastriques intenses, tardives, siégeant légèrement à droite avec forte irradiation dorsale.

La radioscopie pratiquée à ce moment montre : transit gastro-grêle normal en 7 h. ; ingestion d'un 2^e repas, sur l'écran, décèle un retard dans l'évacuation pyloro-duodénale. Bulbe irrégulier avec douleurs notamment localisées dans la région pyloro-duodénale.

Huv... est soumis au régime d'exclusion avec pansements gastriques, belladone, etc... Revu le 8 Nov. 29, il est très amélioré mais souffre encore chaque jour. Forte reprise de poils. A la radioscopie, même image, avec douleurs pyloro-duodénales. Le 10 Avril 30, persistance d'une douleur sourde dans la région dorsale. La reprise de poids continue. Même aspect radioscopique. En Mai 30, au cours d'une nouvelle poussée, de vives douleurs avec irradiation dorsale. On institue une série de 12 injections de l'extrait parathyroïdien en supprimant toute autre médication et en mettant le malade au régime normal. Les douleurs sont immédiatement et considérablement atténuées. Le 23 Juillet 31, à l'occasion d'une nouvelle poussée douloureuse, Huv... reçoit une nouvelle série de 12 injections d'extrait parathyroïdien qui donne une sédation immédiate (bien qu'incomplète) des douleurs. En Déc. 30 (D^r Gally), examen radioscopique négatif. Radiographie en série de la région pyloro-duodénale, ne décèle aucune anomalie.

OBSERVATION N° 33

(Personnelle)

M. D..., 44 ans, présente des douleurs gastriques survenant deux heures après les repas et évoluant depuis 4 ans. Depuis un mois, douleurs très vives en permanence réveillant le malade la nuit. Amaigrissement considérable ; l'examen clinique est négatif. La recherche du sang dans les selles est négative. Le liquide gastrique retiré de l'estomac contient 2 gr. 19 d'HCl et une acidité totale de 2 gr. 95. L'examen radioscopique montre un estomac petit, évacuant rapidement le contenu ; le bulbe duodéal est sensible à la pression. Nous soumettons le patient au traitement parathyroïdien : injection quotidienne d'une ampoule de 10 milligrammes Fournier. Après la 2^e piqûre, les douleurs ont complètement disparu sans que le malade soit soumis à un régime alimentaire quelconque. En deux mois, il a gagné deux kilos.

OBSERVATION N° 34

(Personnelle)

M. S..., 26 ans, chauffeur de taxi, nous est envoyé à l'Hôpital Pasteur pour douleurs épigastriques presque en permanence, calmées par les alcalins et évoluant depuis quelques mois. La radioscopie montre un estomac se vidant mal, retard considérable

pour l'évacuation. Il nous a été impossible de faire un dosage pour l'acidité. Le malade n'a pu se soumettre à la préparation. Nous lui faisons une série d'injections d'extrait parathyroïdien Fournier, de 10 milligr. et au bout de la 5^e injection, son état s'est considérablement amélioré. A la 12^e injection, il ne souffrait plus du tout. Un mois plus tard, étant revenu pour une nouvelle série d'injections, nous constatons qu'il a gagné deux kilos.

OBSERVATION N° 35

(*D^r Pervès, Sté Méd. des Hôp. de Paris, Déc. 32*)

Nous avons vu guérir par le traitement parathyroïdien un homme atteint d'ulcère gastrique hémorragique ayant déterminé une anémie très grave. Le pronostic de cette dangereuse complication est souvent si grave que nous nous permettons de présenter cette observation :

Inn... (Sylvio), 47 ans, souffre de l'estomac depuis 4 ans sous forme de douleurs tardives, l'après-midi et la nuit, à siège épigastrique avec irradiations à gauche et dans le dos. Jusqu'en Décembre 1931, vomissements très rares sans jamais hématemèse ni mélaena apparent. Un examen radioscopique ne conclut qu'à de la ptose.

En Décembre, les crises augmentent de nombre et d'intensité, les vomissements alimentaires deviennent fréquents. Le malade pâlit et maigrit de plusieurs kilogrammes. Le 9 Janvier 1932, il est hospitalisé d'extrême urgence pour perforation d'ulcère gastrique : douleurs intenses, poulx à 116, défense musculaire très nette du creux épigastrique. Nous écartons cependant ce diagnostic, et nous fondant sur l'absence du signe de Jacob, la conservation de la matité hépatique, la liberté du Douglas et surtout sur le fait que le malade, très agité, prend dans son lit les postures les plus variées. Une accalmie se produit bientôt et le poulx se ralentit.

Les soirs suivants, crises analogues aussi violentes que celles du tabes (qui, on l'a vérifié, n'est pas en cause).

A ce moment, les selles et les matières vomies contiennent du sang.

Anémie légère : 4.500.000 ; leucocytose : 10.000 ; polynucléose : 74 %.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave très vite ; mélaena abondant, hoquet incessant. Le traitement médical est absolument inopérant. Le 11 Février, anémie : 2.428.000. La leucocytose et la polynucléose augmentent : 14.000 et 76 %. La température ne dépasse pas 37°5.

Le 15 Février, transfusion sanguine de 250 cc. ; elle est suivie d'une recrudescence du mélaena. Le malade, secoué par un hoquet continu est couché inerte. Nous pensons toute intervention chirurgicale impossible et nous croyons une issue fatale prochaine. Le 17 Février, nous commençons un traitement par

l'hormone parathyroïdienne (tous les deux jours, une ampoule titrée à 5 milligrammes intramusculaire). Les premiers jours l'hémorragie continue, les globules rouges tombent à 2.000.000 ; leucocytes : 12.840 ; poly. : 83 %.

Le 22 Février, on pratique une transfusion de 500 cc. qui donne une sensation passagère de bien-être, mais est suivie de vomissements abondants de sang digéré. Le 3 Mars, l'anémie ayant encore augmenté (1.700.000 globules rouges), on fait une transfusion de 380 cc. qui est suivie d'une selle noire.

Cependant, dès le début du traitement parathyroïdien, le sujet s'est montré moins abattu et a signalé spontanément que chaque injection est suivie d'une sédation des phénomènes douloureux qui dure presque 24 heures.

A partir de la huitième, l'amélioration est évidente : ni vomissements, ni douleurs, ni hémorragie visible (les réactions du sang demeurent cependant positives). Diminution de la leucocytose (10.000) et de la polynucléose (61 %).

On alimente progressivement le malade (lait concentré sucré pur, puis blancs d'œufs crus et gelées de fruits). Le 5 Avril le sang a disparu des selles ; le chiffre des globules rouges est de 3.338.000 ; monucléose légère.

On arrête le traitement parathyroïdien après la 27^e injection sans avoir observé de signes d'intolérance. Le chiffre de la calcémie était de 88 milligrammes au début, de 91 le 4 Avril, de 111 à la fin du traitement.

Examen radioscopique le 15 Avril : zone rigide en plateau de la partie moyenne de la petite courbure ; encoche spasmodique de la grande courbure en regard. En position cambrée, on voit nettement au niveau de la zone indurée une image diverticulaire sans bulle d'air. Hyperkinésie légère de la région du pylore.

Le 23 Avril, le malade sort de l'hôpital ; un régime alimentaire approprié lui a été conseillé. Nous l'avons revu deux fois depuis à la fin du mois de mai, il avait engraisé de 14 kilogrammes, ne souffrait pas, avait 3.500.000 hématies par millimètre cube ; la radioscopie montrait encore une déformation permanente de la petite courbure avec spasme de la grande courbure. Enfin, le 18 Août, on trouve : 5.372.000 globules rouges ; 7.2000 globules blancs ; 67 poly. Les signes radioscopiques de lésion de la petite courbure ont disparu ; il n'y a plus que quelques contractions un peu vives par moments.

OBSERVATION N° 36

(M. et E. Lévy, *Ar. Mal. de l'Ap. Digestif*, Octobre 1931)

M. L..., 40 ans. Ulcus de la petite courbure de l'estomac avec niche. Long passé de douleurs gastriques débutant 30 à 40 mi-

nutes après les repas, durant 4 à 5 heures, sous forme de crampes, de brûlures.

Le début des troubles remonte à 1917. L'évolution se fait par crise depuis 1915. Les douleurs sont quotidiennes ; en 1928, un mélaena. Antécédents : 0. Bodet-Wassermann, négatif. Le tubage gastrique pratiqué en Mai 1930, après repas d'épreuve, donne HCl : 1 gr. 10, acidité totale : 1 gr. 65. Recherche du sang dans les selles : négative.

Examen radioscopique : niche située à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la petite courbure. Niche visible sur la grande courbure en regard de la niche. Pas d'autre anomalie sur le tractus digestif. La radiographie confirme ces données. On institue immédiatement (le malade étant en pleine crise douloureuse), une série d'injections d'extrait parathyroïdien, à raison d'une ampoule toutes les 48 heures (12 ampoules en tout). En même temps, toute autre médication est supprimée et le patient prend une alimentation ne comportant aucune espèce d'exclusion.

Dès les premières piqûres, les douleurs sont supprimées et à la fin, il y a un gain pondéral de 3 kgs. Le 20 Juin, la radioscopie et la radiographie ne peuvent plus déceler l'existence d'une niche. L'image de l'estomac est celle d'un estomac normal. Une deuxième série de 12 piqûres est instituée, à la fin du mois de Juillet, le gain pondéral est conservé. Quelques légères douleurs réapparaissent. On institue une nouvelle série de 6 piqûres d'extrait parathyroïdien, à la suite desquelles le malade est très amélioré.

Le 5 Sept. 1930, réapparition de douleurs violentes, quelques vomissements qui deviennent bientôt journaliers. L'examen du suc gastrique, après le repas d'épreuve donne les chiffres suivants HCl 0,75 — A. T. 1,38. L'examen des selles donne une réaction de Rolland et Thévenon négative, une réaction de Meyer positive. Les examens radioscopiques et radiographiques de l'estomac sont complètement négatifs, il n'est plus possible de trouver trace de la niche. Une nouvelle série de 12 injections d'extrait parathyroïdien est instituée. Dès les premières injections, les douleurs et les vomissements disparaissent. Le 19 Sept. après 4 injections et sans aucune médication alimentaire, le poids s'est accru de 500 grs.

Le 30 Septembre, le liquide gastrique présente les caractéristiques suivantes : HCl 0,40 — A. T. 1,4.

Le 20 Octobre, nouvelle crise de douleurs accompagnée de vomissements. Nouvelle série de l'extrait parathyroïdien (12 injections). Les vomissements disparaissent, les douleurs diminuent sans être complètement effacées. Il n'y a pas d'augmentation de poids. Devant la persistance des douleurs, on décide l'intervention qui a lieu le 21 Nov. 30. Le Dr Armingeat pratique une gastro-entéro-anastomose. Il n'existe pas d'ulcère appréciable. Le malade est revu quelques semaines après en parfait état. Les douleurs ont complètement disparu. En Avril 31, la guérison persiste.

OBSERVATION N° 37

(M. et E. Lévy, *Ar. Mal. de l'Ap. Digestif*, Octobre 1931)

M. F..., 33 ans. Il vient consulter en Déc. 30 pour des crises douloureuses siégeant au creux épigastrique survenant 4 à 5 h. après les repas, douleurs calmées par les aliments. L'affection évolue depuis 1918 par crises. Au début, 3 à 4 crises, actuellement 1 crise par mois.

Examen radioscopique : transit gastro-grêle normal. Estomac hyperkinétique, évacuation rapide. Le bulbe se remplit mal et se vide rapidement. Les bords sont flous. Sensibilité à son niveau.

Radiographie en série du duodénum. On ne constate sur aucun cliché d'image bulbaire normale.

Tubage gastrique à jeûn : pas de liquide à jeûn. Après repas d'épreuve : volume extrait : 130 cm³. HCl : 1,64 — A. T. 2.

Il s'agit vraisemblablement d'un ulcère siégeant sur le bulbe duodénal. Le patient reçoit une série de 12 injections d'extrait parathyroïdien à raison d'une ampoule par jour. Les douleurs sont calmées dès la première piqûre.

Le tubage gastrique pratiqué à la fin des injections et après le repas d'épreuve donne les chiffres suivants : HCl 0,54 — A. T. 1,16.

TROUBLES GASTRO-ENTÉRIQUES DES INSUFFISANTS SURRÉNAUX DYSPEPSIES SURRÉNALES (*Etude clinique*)

Les dyspepsies surrénales ont été décrites par Loeper, Benzard et Wagner. Les insuffisants surrénaux affectent, dans leurs manifestations gastriques une physionomie clinique qu'on peut schématiquement ramener à un seul type : le type hyposthénique. L'asthénie qui frappe toute la musculature de l'individu atteint aussi celle de l'estomac. Le malade se sent tendu et gonflé après les repas. Il a des digestions laborieuses, souvent des vomissements parfois alimentaires, d'autres fois, plus ou moins aqueux ou bilieux. Le chimisme est souvent normal, parfois hypoacide. Radiologiquement, on constate un relâchement marqué de l'estomac. La traversée digestive est retardée, la motricité diminuée.

Nous signalerons ici les recherches effectuées par Sergent, Rathery et Bordet, mettant au compte de la surrénale les vomissements incoercibles de la grossesse, ceux de Terrien sur les vomissements acétonémiques des nourrissons et enfin ceux de Naamé sur les troubles gastriques du mal de mer... Mais ces troubles comportant une cause, sinon efficiente, du moins apparente, nous estimons qu'ils ne peuvent trouver place dans ce fascicule.

OBSERVATION N° 38

(*Uzan, J. Méd. de Paris, 1932*)

Il s'agit d'un jeune malade de 19 ans. Il avait eu une grippe

lors de la dernière épidémie et, convalescent, son médecin lui avait conseillé d'aller à la campagne. Ce jeune homme, malgré le grand air et le repos, continue à se sentir fatigué. Plus encore, il vit peu à peu survenir de l'asthénie et des troubles digestifs consistant en digestion difficile, quelques vomissements, un peu de diarrhée, puis de la constipation.

A l'examen, on était tout de suite frappé par le teint spécial du malade que celui-ci rattachait au hâle de la campagne. On note un tympanisme abdominal net, autour de l'ombilic, et se propageant assez bas au-dessous de lui, il y a du clapotage 5 heures après l'ingestion d'un bol de lait. L'espace de Traube est hypersonore. Le foie est petit. Il n'y a pas de splénomégalie. On observe la raie blanche de Sergent. La tension maxima est 11. Radiologiquement, l'estomac descend à 8 cm. au-dessous de l'ombilic, mais semble s'évacuer assez normalement. Le côlon est multicoudé, le transverse est ptosé jusqu'au pubis, mais réductible. On fait mettre une sangle au malade et on prescrit de l'adrénaline à la dose d'un milligramme par jour, puis de l'extrait de surrénale total. Le malade a été suivi huit mois et au moment où il a quitté l'Hôpital Saint-Michel, ses troubles digestifs avaient cédé, mais sa tension restait basse (maxima 12).

ULCÈRE D'ESTOMAC ET SURRÉNAL

La suppression des surrénales a permis à de nombreux auteurs de constater l'apparition de l'ulcère gastrique (Binet). Mais en étudiant de plus près ce phénomène, Loeper (leçon de pathologie digestive, 4^e série) a été amené à admettre qu'on n'a pas à faire à un ulcus véritable mais à une de ces ulcérations que l'on peut voir au cours de certaines intoxications ou infections et qu'on peut parfois reproduire expérimentalement par injections de produits toxiques, par exemple : la toxine diphtérique, comme l'avaient déjà fait Henriquez et Hallion. En somme, nous arrivons ainsi à croire que c'est grâce à la suppression de la fonction antitoxique des surrénales que se produit cette lésion. Cependant, l'acidité gastrique semble jouer un rôle important, car l'ingestion de bicarbonate de soude protège et empêche le développement des ulcères. Mañu affirme le rôle dominant des glandes surrénales.

MANIFESTATIONS INTESTINALES

(Etude clinique)

L'insuffisance surrénale, dans les cas avancés, ou dans les cas aigus, se manifeste par de la diarrhée qui peut affecter : soit le type paroxystique, soit le type continu. Sergent et Bernard ont ainsi décrit une forme gastro-intestinale de l'insuffisance surrénale avec vomissements et diarrhées incoercibles. Les selles sont nombreuses, liquides, avec des grumeaux ou des peaux plus ou moins colorées, plus ou moins fétides. C'est dans ce groupe que l'on pourrait placer certaines diarrhées au cours d'infections aiguës ou chroniques et rapportées à des troubles surrénaux (Naamé). Quoi qu'il en soit, au point de vue pathogénique, l'adrénaline aurait donné des résultats satisfaisants dans ces cas.

En revanche, lorsqu'on a affaire à une insuffisance surrénale bénigne plus ou moins latente ou chronique, c'est la constipation qui domine la scène. Loeper (leçons de pathologie digestive, 4^e série) a donné une description précise des troubles d'origine surrénale. On observe une constipation permanente opiniâtre, difficile à vaincre par tous les moyens habituels. Radiologiquement, on peut apprécier l'hypotonie intestinale et le ralentissement du transit digestif.

DYSPEPSIE DE LA PUBERTÉ

(Etude clinique)

On est souvent appelé à examiner des petites filles de 12 à 13 ans qui présentent, depuis quelques semaines, certains troubles vagues, caractérisés par fatigues, mauvaises digestions, manque d'appétit. Parfois quelques vomissements, très souvent, constipation et petits mouvements fébriles. L'épistaxis n'est pas rare, la céphalée est de règle. A l'examen, on ne trouve rien, si ce n'est un certain météorisme abdominal et une certaine hyperesthésie cutanée. La mère interrogée dit, habituellement, que sa fille n'est pas encore réglée et qu'elle a commencé à avoir ses époques, mais irrégulièrement et insuffisamment. Lorsque l'enfant est jeune, le diagnostic est difficile et pourra errer quelque temps ; puis, les règles apparaissent franchement, les troubles rétrocedent et l'on fait le diagnostic rétrospectivement.

TROUBLES DYSPEPTIQUES DE LA MENSTRUATION

(Etude clinique)

Il existe bien des syndromes de troubles dyspeptiques prémenstruels. Il n'est pas rare, en effet, que les femmes, au moment de leurs règles, accusent quelques phénomènes tels que : anorexie, avec état saburral, parfois vomissements, aigreurs accompagnées de constipation ou de véritables flux diarrhéiques. On constate, à l'examen, un certain météorisme, parfois une légère augmentation passagère de la matité hépatique (Chvostek). Ces troubles seraient dûs à l'hyperovarie ou à la formation du corps jaune menstruel et seraient expliqués par la crise hypertensive de la période des règles. Ces phénomènes cessent brusquement.

L'hypoovarie peut aussi occasionner certaines dyspepsies. C'est le groupe le plus confus et le moins démonstratif, car il est souvent difficile d'affirmer une relation de cause à effet, entre l'hypoovarie et la dyspepsie, plutôt qu'une simple coïncidence.

C'est ici que se rangent les femmes que l'on qualifie de nerveuses, à cause des signes bizarres qu'elles accusent, de l'importance qu'elles donnent à des faits bien peu dignes d'intérêt et de la schématisation qu'elles font de leurs troubles.

Cette division est tout à fait schématique et peut servir de base, mais il ne faut pas perdre de vue que les associations entre les différents syndromes endocriniens sont fréquentes et constituent, même, presque la règle. Ces associations provoquent les troubles plus divers.

L'ovaire, en effet, est rarement seul en cause. Nous en voyons une preuve, dans le fait que les meilleurs résultats thérapeutiques sont ceux qui sont donnés par des associations glandulaires.

Enfin, nous tenons à ajouter qu'il faut être très circonspect et ne pas se laisser influencer par les affirmations de quelques malades qui, faisant graviter toute leur vie autour de leur fonction menstruelle, rattachent le moindre trouble à une irrégularité de cette fonction.

OBSERVATION N° 39

(Personnelle).

Andrée M... a 13 ans. Elle nous est amenée par sa mère à l'Hôpital Pasteur, parce que depuis une quinzaine de jours, elle se sent fatiguée. Elle n'a plus d'appétit et fait une petite élévation de température le soir (38). Nous constatons un état saburral. La palpation abdominale nous révèle une certaine hyperesthésie et une douleur marquée à la pression au niveau des ovaires. Nous apprenons qu'elle n'est pas encore réglée. Nous lui donnons des cachets d'ovaire et d'hypophyse, cachets Fourniers OH (Ovaire 0.10 et Hypophyse 0.05). Deux jours plus tard, on nous fait savoir qu'elle a eu ses règles et qu'elle va tout à fait bien.

OBSERVATION N° 40

(Consultations Hôpital Pasteur)

M^{me} N..., 26 ans, a ses menstrues irrégulières. Elles sont irrégulières en fréquence et en quantité depuis 1 an. Or, depuis cette époque, elle se plaint de douleurs épigastriques survenant tous les jours tardivement plusieurs heures après les repas. Elle a constamment un état nauséux, mais pas de vomissements. Elle a aussi très souvent des coliques sèches, des périodes de constipation et de diarrhée. Tous ces troubles sont plus nets et marqués, au moment des règles. Le traitement thyro-ovarien (extrait d'ovaire 0 gr. 10, extrait de thyroïde 0 gr. 025) a amélioré considérablement son état. Revue tout dernièrement, elle déclare ne pouvoir se passer de ces cachets qu'elle prend d'une façon régulière, 10 jours par mois et chaque fois que, pour une raison quelconque, elle n'a pu les prendre, elle a ressenti de nouveau tous ses troubles.

TROUBLES DYSPEPTIQUES DE LA MÉNOPAUSE

Ces troubles sont identiques à ceux observés dans l'hypoovarie. Nous envisageons les deux cas qui peuvent se présenter, suivant que la ménopause est naturelle ou accidentelle, c'est-à-dire, successive à l'ovariectomie ou à l'irradiation. Dans le premier cas, l'organisme préparé déjà à la suppression de la fonction ovarienne réagit, évidemment, moins que dans le second cas où la suppression de la glande génitale, se faisant brusquement, provoque une dysharmonie glandulaire brutale et l'organisme peut mettre longtemps à se rétablir.

Voici quelques observations pour confirmer ce que nous venons de dire.

OBSERVATION N° 41

(Uzan, J. de Méd. Paris, 1932)

M^{me} R..., 58 ans. Aucun antécédent notable, sauf qu'elle a été opérée d'un polype utérin. Ménopause en 1914. Depuis le début de 1915, elle a commencé à avoir des troubles digestifs. Elle se plaint de brûlures d'estomac survenant par accès, surtout vers 4 heures du matin, accompagnées de maux de tête et d'asthénie. Dans la journée, presque quotidiennement, sensation de pesanteur apparaissant aussitôt après les repas et persistant deux heures environ. Pas de vomissements, mais état nauséux, renvois gazeux par la bouche. Constipation. L'examen montre un relâchement considérable de la paroi. La radioscopie montre un estomac descendu à 4 cm. au-dessous de la ligne bisiliaque, avec mobilité faible et douleur au plexus aortique. Cette malade a été améliorée par le traitement thyro-ovarien et par un régime restrictif banal.

OBSERVATION N° 42

(Consultations Hôpital Pasteur)

M^{me} B..., 48 ans, vient se plaindre à l'hôpital Pasteur de digestions pénibles, palpitations, vertiges, depuis 4 mois. Elle présente, en effet, des signes d'insuffisance ovarienne.

Nous lui donnons uniquement des endocrisines Fournier (thyro-ovarienne) à dose de 0 gr. 10 par jour, pendant vingt jours par mois. Elle ressent une amélioration considérable dès le premier mois. Comme nous lui conseillons de continuer son traitement, elle revient deux mois après pour nous déclarer qu'elle est complètement guérie.

OBSERVATION N° 43

(Personnelle)

M^{me} R..., 45 ans, s'est présentée à nous avec des signes assez semblables à ceux d'un ulcus gastrique, mais sans horaire fixe. Elle a des accalmies séparant les périodes de douleurs pendant lesquelles elle se croit guérie. Ces douleurs sont d'ailleurs calmées, quoiqu'incomplètement, par de l'eau de Vichy. L'examen clinique montre un relâchement gastrique marqué avec clapotement. Elle a des bouffées de chaleur et la constipation alterne avec des poussées diarrhéiques. Elle ne peut supporter ni ceinture ni corset. Soumise au traitement thyro-ovarien (Endocrisines Fournier à 0 gr. 10), son état s'améliore considérablement. Elle s'alimente beaucoup mieux et un mois après, ses malaises ont à peu près disparu. Nous conseillons cependant un traitement thyroïdien de dix jours par mois et thyro-ovarien 10 jours avant la période présumée des règles. Elle va bien depuis.

OBSERVATION N° 44

(Personnelle)

M^{me} S..., 34 ans, vient consulter à l'Hôpital Pasteur pour douleurs d'estomac survenant après les repas trois quarts d'heure à 1 heure et durant plus d'une heure. L'absorption d'eau de Vichy en fait retarder l'apparition. Cette malade présente des troubles manifestes d'insuffisance ovarienne. Elle a été, en effet, ovariectomisée sept ans auparavant. Mise au traitement ovarien, à la dose de 0 gr. 10 par jour, pendant 20 jours par mois, son état s'est amélioré considérablement. Les douleurs se montraient cependant, quoique moins violentes et plus espacées. Un mois plus tard, nous avons associé à son extrait d'ovaire, de l'extrait de thyroïde à la dose de 0 gr. 001. Nous avons employé des doses très faibles, étant donné son état de grande nervosité. Venue à la consultation vingt jours plus tard, elle déclare ne plus ressentir aucune douleur et s'alimenter normalement.

MANIFESTATIONS INTESTINALES CHEZ LES OVARIENNES

(Etude clinique)

Nous distinguerons les différentes réactions intestinales sur tous les états ovariens :

PUBERTE

Au moment de la puberté, c'est-à-dire dès l'apparition des premières menstrues, on peut observer des troubles intestinaux. C'est tantôt une constipation opiniâtre, tantôt de la diarrhée. Dans ce dernier cas, c'est un véritable flux diarrhéique plus ou moins séreux, mais rarement sanguinolent (hémorragies supplémentaires). On l'observe surtout lorsque les règles sont particulièrement difficiles, peu abondantes et douloureuses. Ces troubles cessent brusquement au bout de quelques jours.

PERIODE MENSTRUELLE

Pendant les règles, il n'est pas rare d'observer des troubles intestinaux analogues à ceux que l'on voit chez les thyroïdiennes. C'est ce que l'on pourrait appeler diarrhées menstruelles (Sabourin). Chez les femmes tuberculeuses, ce signe serait d'observation courante.

GROSSESSE

Les troubles intestinaux de la grossesse ne nous arrêteront pas, car si le déséquilibre endocrinien, qui marque cet état, peut jouer un rôle dans leur étiologie, il n'en est pas moins vrai qu'il y a d'autres facteurs, d'ordre méca-

nique, qui, transformant la statique abdominale, doivent, seulement, par eux-mêmes, modifier profondément le transit intestinal.

HYPOOVARIE

Dans l'hypoovarie, on a un tableau d'hypotonie intestinale souligné par une constipation opiniâtre, mais on arrive à modifier ce tableau par l'opothérapie combinée où prédomine la thyroïde.

MENOPAUSE

La ménopause, étant elle-même un degré plus avancé de l'hypoovarie, donne un même syndrome intestinal. Nous pensons que c'est à cette hypotonie intestinale, entraînant une stase qui permet la résorption de produits toxiques, que l'on doit, en partie du moins, certains accidents de la ménopause tels que : migraines, cauchemars, etc... En effet, lorsque par des moyens usuels on améliore le transit intestinal, ces signes s'amendent notablement. Il faut rapprocher de ces faits les troubles intestinaux qu'on observe au cours du traitement radiologique des tumeurs utérines. Ces manifestations sont dues à une hypoovarie successive à l'irradiation des glandes génitales. Cette irradiation peut donner des réactions intestinales infiniment plus graves dues à l'action des rayons X sur les anses intestinales. Il importe de savoir les distinguer, mais le diagnostic n'est pas toujours bien aisé.

OBSERVATION N° 45

(Consultations de l'Hôpital Pasteur)

M^{me} B..., 32 ans, a subi depuis cinq ans l'opération de l'hystérectomie totale et vient consulter à l'Hôpital Pasteur pour coliques sèches et constipation opiniâtre. Etant donné ses antécédents, nous la soumettons au traitement thyro-ovarien (Endocrisines, extrait d'ovaire 0 gr. 10, extrait de thyroïde 1/10 de milligr.) Nous lui conseillons de prendre un cachet

tous les soirs, sans autre médication. Nous la voyons 20 jours plus tard. Son intestin est régularisé, elle a une selle tous les jours et des coliques ont complètement disparu. Elle continue depuis un traitement de 10 jours par mois.

OBSERVATION N° 46

(Personnelle)

M^{me} V., 46 ans, se présente à nous avec un tableau d'hypotonie intestinale marquée. Elle a été opérée, il y a dix ans, d'hystérectomie totale, et ses troubles datent de ce moment-là. Elle ne put aller à la selle qu'avec des doses massives de laxatif habituel. Sa paroi abdominale est complètement relâchée et l'étude de son transit montre une ptose viscérale considérable. Le port d'une ceinture abdominale n'a pas amélioré son état, et l'absorption concomittante d'huile de paraffine, à dose massive, non plus. Nous la soumettons alors à un traitement thyro-ovarien (0 gr. 20 d'extrait d'ovaire — 0 gr. 025 d'extrait de thyroïde, Endocrisines Fournier) 10 jours par mois. Les 20 jours suivants, au traitement thyroïdien de 0 gr. 01 par jour. Revue 15 jours plus tard, elle avait déjà eu quelques selles spontanément, chose qui ne lui était pas arrivée depuis longtemps ; enfin, deux mois plus tard, son intestin était à peu près réglé.

ULCÈRE GASTRO-DUODENAL ET PANCRÉAS

L'insuline, que certains auteurs tendent à considérer comme un médicament « à tout faire » a été essayée dans la thérapeutique des ulcères gastriques. Ce n'est certes pas la guérison des ulcères de jambes, constatée par Pautrier, idée trop simpliste, mais plutôt le fait que les ulcères gastriques évoluent sur un terrain d'acidose, qui ont fait penser à Fassely, de même qu'à Cade et Barral (qui ont fait d'importants travaux sur cette question) qu'il serait possible de trouver dans l'insuline, l'agent alcalinisateur de choix. Fassely a publié un cas de guérison rapide d'un ulcère rebelle à toute autre thérapie médicale. Plus tard, Goyena a montré que, dans des cas analogues, la guérison clinique s'accompagne d'une guérison anatomique avec cicatrisation de l'ulcus, et il attribue les résultats obtenus à l'insuline. Harowitz a publié une observation identique. Enfin, voici trois observations de Cade et Barral :

OBSERVATION N° 47

(Cade et Barral, Arch. Mal. de l'Ap. Digestif, Avril 1931)

Au premier sujet, on a fait 4 injections d'insuline sans résultat. On donne alors 80 grammes de glucose avant l'injection. Cette fois, les douleurs disparaissent en cinq jours. Le malade trouve que cette crise a été arrêtée par l'insuline et le glucose beaucoup plus rapidement que des crises précédentes que l'on avait arrêtées par le repos, le régime et les alcalins.

OBSERVATION N° 48

(Cade et Barral, Arch. Mal. de l'Ap. Digestif, Avril 1931)

Le même traitement a été fait pour le deuxième sujet. Dès la première injection, les douleurs gastriques diminuent en durée et en intensité. On administre du glucose à partir du 4^e jour. Les douleurs disparaissent complètement le huitième jour. Le traitement insulinién est arrêté après la quinzième injection par l'apparition d'une éruption morbilliforme extrêmement prurigineuse. Le malade qui devait revenir au bout de deux mois pour suivre un traitement d'entretien à l'insuline, négligeant de le faire, revient au bout de quatre mois, envoyé pour intervention, et meurt après une gastrectomie large. Il présentait un ulcère caux du pylore et deux petits ulcères en activité.

OBSERVATION N° 49

(Cade et Barral, Arch. Mal. de l'Ap. Digestif, Avril 1931)

Le troisième malade a vu ses douleurs qui étaient considérables affaiblies après la troisième injection d'insuline, mais ces douleurs ne disparaissent complètement que 4 jours après l'adjonction de glucose. Ce malade, fortement hypoglycémique à jeûn (0 gr. 48 de sucre par litre de sang) avant l'injection d'insuline, celle-ci abaissait, au bout de deux heures, la glycémie à 0 gr. 41 0/00 et le sujet n'accusait d'autre trouble qu'une légère céphalée et quelques douleurs lombaires.

L'action de l'insuline, en dehors du diabète, a suscité de nouveaux travaux et a abouti à la découverte d'un nouvel extrait pancréatique privé d'insuline et connu dans le commerce sous le nom d'angioxyl (Gley). Dimitracoff, inspiré par les travaux des professeurs Vaquez et Gley, possède 20 observations de guérisons, parmi lesquelles il a été possible de constater la niche à la radioscopie. Les cas compliqués de périgastrite et périoduodénite sont aussi influencés par le traitement. Quel que soit le mécanisme d'action des extraits pancréatiques désinsulinés, dans la plupart des observations, on constate une amélioration rapide qui débute, habituellement, à partir de la troisième injection. Nous faisons suivre l'une des observations de Dimitracoff :

OBSERVATION N° 50

(Dimitracoff, Arch. Mal. de l'Ap. Digestif, Mars 1931)

M^{me} A..., 30 ans, souffre de l'estomac depuis 26. Les malaises avaient commencé par la perte de l'appétit, pesanteur à l'estomac après les repas, souvent, douleurs ; constipation. Perte de 4 kgs. Malgré le traitement institué et le repos, son état avait empiré : les douleurs gastriques avaient augmenté ; seul le repos au lit la soulageait. Après une amélioration relative, vers la fin de Décembre 29, son état a empiré : les ballonnements post-prandiaux de l'estomac, les renvois acides, les nausées ; puis les douleurs étant très fortes, avec irradiation vers la région lombaire. Pas d'hémorragie. Femme de taille moyenne, pâle, maigre. Poids 46 kgs. Langue humide, légèrement saburrale. Dentition en bon état. Ventre un peu rentré, parois souples, mais à la palpation la malade accuse une douleur à l'épigastre et à la région pylorique.

Le point de Marc Burney est légèrement douloureux. Nous n'avons pas fait l'examen du suc gastrique. Examen radioscopique de l'estomac (12 Janv. 30) : l'estomac hypotonique, descend à 12 cm. sous la ligne bisiliaque. La partie médiogastrique est allongée, en forme d'entonnoir. Remplissage bon. Péristaltique faible. Les contours de l'estomac sont normaux. Les ondes péristaltiques ne s'arrêtent pas. Le relief de la muqueuse est normal. Le bulbe duodénal est de dimensions moyennes : sur sa petite courbure, se voit une dépression spastique qui persiste assez longuement pendant l'exploration, mais disparaît par la suite. Le transit de la bouillie barytée par le duodénum ne présente rien de particulier. Quatre heures après, l'estomac est vide. L'exploration du cæcum et de l'appendice ne parle pas en faveur d'une appendicite. Du point de vue radiologique, il s'agit d'un ulcus du bulbe duodénal, sans troubles dans l'évacuation de l'estomac. (D^r A. Nicolaëff). Les données cliniques et radioscopiques parlent en faveur d'un ulcère au bulbe duodénal. Le 22 Janvier, la malade fut mise au lit et au traitement anodin habituel (solution de Bourget, compresses, diète) et nous avons commencé, chez elle, une série de 30 injections d'angioxyl. Avec la 4^e injection, les douleurs gastriques disparurent sans plus reparaitre pendant et après le traitement. La diète, pendant la première semaine, était exclusivement lactée ; la 2^e semaine, la malade absorbait des potages, purées, pâtes ; pendant la 3^e semaine : du poisson frais bouilli et du poulet bouilli et cette nourriture fut très bien supportée. Son état général s'améliore. Son poids monta, en deux semaines, de 750 grs. A la fin du traitement, la malade n'avait ni ballonnements, ni pesanteur après les repas, ni aucune douleur. Son appétit était bon. La langue rose, humide. La palpation de l'abdomen ne relevait qu'une légère sensibilité à l'épigastre. Nous avons revu la malade le 10 Mars. Elle ne se plaignait d'aucun malaise. Son état général était meilleur et elle

avait gagné 1 kg. 700 depuis le nouveau traitement. La palpation de la région épigastrique n'était pas douloureuse, mais le point de Mac Burney était sensible.

OBSERVATION N° 51

(Personnelle)

M. B..., 42 ans, souffre depuis un an de douleurs tardives classiques, très violentes à l'épigastre. C'est une douleur transfixiante. N'a cependant jamais de vomissement, les selles n'ont jamais été noires. La recherche des hémorragies occultes a été par deux fois positives. Amaigrissement de 5 kilos en trois mois. La radioscopie montre une niche sur la petite courbure. Nous soumettons le malade au traitement parathyroïdien (ampoules correspondant à 0 gr. 01 d'extrait). Injection quotidienne. A la 5^e injection, le malade refuse le traitement. Il éprouve cependant un soulagement très net, mais prétend ne pouvoir supporter ce traitement. Nous le soumettons alors au traitement par angioxyl, en faisant des injections quotidiennes dans la région fessière (ampoule de 2 cc.). Nous avons fait 10 injections. Le traitement a été très bien supporté et le malade déclare ne plus souffrir du tout de son estomac. Revu 15 jours plus tard, il ne souffre toujours pas et depuis deux mois que nous lui avons dit de revenir dès l'apparition des premières douleurs, nous ne l'avons pas encore revu.

POST-HYPOPHYSE DANS L'HYPERCHLORHYDRIE ET L'ULCÈRE GASTRO-DUODENAL

Parmi les facteurs étiologiques de l'ulcère, il en est un que l'on observe toujours : c'est l'hyperchlorhydrie. Qu'on lui accorde comme certains auteurs un rôle de premier plan, dans la production de l'ulcère, ou qu'on lui assigne simplement un rôle d'entretien, on ne peut nier qu'il existe des rapports très étroits entre l'hyperchlorhydrie et la lésion ulcéreuse. Il est donc certain qu'une thérapeutique ayant pour effet la diminution de la sécrétion acide ne pourra qu'aider efficacement au traitement de l'ulcus. Ce fait est d'ailleurs démontré par l'action des poudres absorbantes et de la belladone. Or, quelques auteurs ont montré que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse paraissait doué de cette propriété. Drouet et Simonin ont eu, les premiers, l'idée de l'appliquer au traitement de l'ulcère. Drouet a présenté une étude très importante de laquelle il ressort que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse constitue une intéressante méthode de traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodénal. L'emploi de l'extrait hypophysaire est légitimé par son action sur l'acidité gastrique.

OBSERVATION N° 52

(L. Drouet, *Arch. des Mal. Ap. Dig.*, Déc. 33)

M. G..., âgé de 64 ans, présente depuis 5 ans de l'hyperchlorhydrie avec spasmes du pylore. Juillet 31, première épreuve (his-

tamine) : HCl libre ; avant : 0 ; après 15 minutes : 2 gr. 88 ; 30 minutes : 4 gr. 60 ; 45 minutes : 4 gr. 42 ; 60 minutes : 4 gr. 38.

2^e épreuve (hist. + hypoph.) HCl libre ; avant : 0 ; après 15 minutes : 2 gr. 37 ; 30 minutes : 3 gr. 46 ; 45 minutes : 3 gr. 65 ; 60 minutes : 2 gr. 46.

Reçoit ensuite 20 injections d'extrait post-hypophysaire. Sort de l'hôpital guéri de tous ses troubles fonctionnels. Revu un an après, se déclare toujours en état de guérison de ses troubles gastriques.

Après les 20 injections d'extrait post-hypophysaire, 30 minutes après histamine : HCl : 2 grammes.

OBSERVATION N° 53

(P.-L. Drouet, *Arch. Mal. Ap. Dig. Déc.* 33)

M. D..., 66 ans, balayeur dans une usine. Souffre depuis 12 ans de troubles digestifs. Douleurs très vives au creux épigastrique, vomissements abondants. L'état psychique du malade ne permet pas d'avoir des précisions sur l'horaire des troubles. Constipation marquée. Les phénomènes douloureux surviennent par périodes de quelques semaines à un mois et même davantage, alternant avec des périodes d'accalmie. Depuis 6 mois, les crises sont presque permanentes.

24 Février 1932. — 1^{re} épreuve : HCl avant hist. : 0 gr. 36 ; après 15 minutes : 1 gr. 31 ; 30 minutes : 2 gr. 44 ; 45 minutes : 3 gr. 17 ; 60 minutes : 3 gr. 38.

1^{er} Mars 1932. — 2^e épreuve (+ hypoph.) avant : 1 gr. 20 ; après 15 minutes : 2 gr. 07 ; 30 minutes : 2 gr. 29 ; 45 minutes : 2 gr. 65 ; 60 minutes : 2 gr. 69.

Après 10 injections d'extrait, va très bien et quitte l'hôpital. Revue après une nouvelle série de 12 injections, se porte toujours bien et a augmenté de poids (perdu de vue).

OBSERVATION N° 54

(P.-L. Drouet, *Arch. Mal. App. Dig., Déc.* 1933)

M. L..., 38 ans, machiniste, souffre depuis plusieurs années de douleurs épigastriques. Douleurs en broche survenant 2 heures après les repas, s'accompagnant de vomissements alimentaires tous les 3 à 4 jours, 2 hématomèses en 1931 avec amaigrissement considérable.

Malgré régime et traitement médical, les douleurs et les vomissements augmentent progressivement. A la radio : contractions violentes, encoche de la petite courbure.

15 Mai 1931. — 1^{re} épreuve à l'histamine : HCl avant : 1 gr. 09 ; après 20 minutes : 4 gr. 19 ; 40 minutes : 4 gr. 92.

23 Mai. — 2^e épreuve (+ hypophy.) : HCl avant : 1 gr. 55 ; après 20 minutes : 2 gr. 92 ; 30 minutes : 3 gr. 28 ; 45 minutes : 2 gr. 19.

Après 3 mois de santé parfaite, le malade qui n'a pas continué les injections conseillées fait une rechute. Les douleurs les vomissements réapparaissent avec des hématomés. Le malade ne se décide à reprendre ses injections qu'après 6 mois de souffrances. On leur recommence du 9 au 21 Mars 1932 : 12 nouvelles injections qui soulagent immédiatement douleurs et vomissements. Il quitte de nouveau l'hôpital. Il promet de continuer son traitement et de donner des nouvelles de son état. Nous ne l'avons pas revu.

OBSERVATION N° 55

(P.-L. Drouet, Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1933)

M. L..., 52 ans, cultivateur, a présenté en 1929 deux hématomés abondantes. Depuis cette époque, se plaint de douleurs épigastriques très violentes, survenant 2 h. 30 environ après les repas et durant près d'une heure. Anorexie et vomissements fréquents. Les crises sont entrecoupées de périodes d'amélioration, ne dépassant pas 2 à 3 semaines.

Le 5 Octobre 1931, l'examen radiologique montre un diverticule au tiers moyen de la petite courbure avec spasme en regard. La bouillie s'évacue bien.

Le 12 Novembre 1931. — 1^{re} épreuve : avant histamine : HCl : 0 ; après 30 minutes : 2 gr. 15 ; 45 minutes : 2 gr. 33 ; 60 minutes : 2 gr. 59.

Le 20 Novembre 1931. — 2^e épreuve (+ hypoph.) : avant : 0 ; après 15 minutes : 1 gr. 42 ; 30 minutes : 2 gr. 19 ; 45 minutes : 2 gr. 11 ; 60 minutes : 0 gr. 36.

Le malade se traite à domicile par une première série d'injections d'extrait. Revu ensuite, il déclare ne plus souffrir, avoir un meilleur appétit et reprendre des forces. Une radioscopie nouvelle montre une réduction importante du diverticule. N'a plus été revu depuis.

OBSERVATION N° 56

(P.-L. Drouet, Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1933)

M. P..., 40 ans. Douleur en broche, vomissements (malade étranger difficile à interroger) à la radio : niche au niveau de la petite courbure.

14 Juin 1931. — 1^{re} épreuve : HCl : avant histamine : 0 ; après 15 minutes : 2 gr. 60 ; 30 minutes : 4 gr. 68 ; 45 minutes : 4 gr. 60.

16 Juin. — 2^e épreuve (+ hypoph.) HCl avant : 1 gr. 44 ; après 15 minutes : 3 gr. 24 ; 30 minutes : 3 gr. 65 ; 45 minutes : 3 gr. 63. Le malade reçoit 10 injections d'extrait. Les douleurs disparaissent. La niche de la petite courbure n'est plus visible à la radio. Le malade demande à reprendre son travail.

OBSERVATION N° 57

(P.-L. Drouet, Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1933)

M. L..., 32 ans. Crises douloureuses datant de plusieurs années, vomissements, hématemèses, à la radio : encoche prépylorique (Juin 1931).

1^{re} épreuve : HCl : après histamine : 15 minutes : 2 gr. 19 ; 30 minutes : 3 gr. 47 ; 45 minutes : 4 gr. 20.

2^e épreuve (+ hypoph.) : HCl : après 15 minutes : 1 gr. 09 ; 30 minutes : 3 gr. 10 ; 45 minutes : 3 gr. 65 ; 60 minutes : 4 gr. 02. Traitement : 12 injections d'extrait post-hypophysaire. Le soulagement est considérable. L'encoche disparaît. Le malade demande à quitter l'hôpital. Il continue à domicile le traitement hypophysaire. Revu 2 mois après n'accuse aucune reprise des symptômes. Revu un an après, continue à être bien portant.

OBSERVATION N° 58

(P.-L. Drouet, Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1933)

M. C..., 40 ans. Depuis 1928, souffre de douleurs violentes, localisées un peu à droite de l'ombilic, 3 à 4 heures après les repas. Elles s'accompagnent de pyrosis.

A cette époque on porte le diagnostic d'ulcère du pylore et on institue un traitement par poudrage de l'estomac et régime. Cette thérapeutique apporte un soulagement certain, mais ne supprime pas complètement les douleurs.

Le 4 Juin 1932, on note l'existence des mêmes phénomènes douloureux subjectifs en un point sensible en dehors et à droite de l'ombilic. Pas de vomissements.

A la radioscopie : légère dilatation de l'estomac, spasme du pylore, évacuation difficile, point douloureux pylorique.

Traitement : un peu de belladone et plusieurs séries d'injections d'extrait. A la suite de la première série, les douleurs disparaissent presque complètement (1^{er} Juillet 1932). A la fin de Septembre le malade a reçu en tout 36 injections ; les douleurs ont disparu et le poids a augmenté. Cet état s'est maintenu depuis.

OBSERVATION N° 60

(P.-L. Drouet, Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1933)

M. G..., 32 ans, se plaint depuis plusieurs années de troubles digestifs survenant par périodes et consistant en douleurs au creux épigastrique avec brûlures ; douleurs tardives, 4 heures après les repas, très calmées par les aliments et surtout par les alcalins. Pas d'hématémèses, mais quelques vomissements au cours de crises douloureuses, non alimentaires et très acides.

Jamais de selles noires (les hémorragies occultes n'ont pas été recherchées), amaigrissement. Point douloureux à droite de l'ombilic, en dessous du point vésiculaire.

Examen radiographique (Février 1932). Hyperpéritaltisme. Evacuation précipitée. Point douloureux au niveau du duodénum, érosion probable duodénale.

Un traitement médical par régime et alcalins améliore un moment les malaises. Mais ces derniers devenant de plus en plus gênants, on soumet le malade aux injections d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Une série de 6 injections (N° 2 Choay) est pratiquée. Très rapidement, les douleurs tardives disparaissent. Pendant les 6 mois qui suivent, le malade, sans aucun incident, mène une vie normale.

A la suite de très gros écarts de régime, quelques douleurs ayant tendance à reparaitre, on refait une 2^e série d'injections qui calme immédiatement ces phénomènes douloureux. Rien de nouveau depuis 6 mois.

HYPOPHYSE ET INTESTIN

Houssay, qui fut un des premiers à constater l'action entéro-cinétique de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse, proposa son utilisation dans le traitement de l'atonie intestinale et comme moyen de diagnostic entre l'iléus paralytique et l'iléus spasmodique.

Mais les extraits hypophysaires furent employés pour la première fois par Blair-Bell en thérapeutique intestinale et avec d'excellents résultats dans les cas de parésie intestinale post-opératoire ou de toute autre origine. Ces résultats ont été confirmés depuis et Kirmisson en a présenté une observation à l'Académie de Médecine.

Nous nous rapporterons à ce sujet à la thèse de Desvaux sur l'action de l'extrait hypophysaire sur la constipation (1926) de laquelle il ressort que les résultats obtenus dans la constipation chronique par atonie intestinale sont excellents, l'extrait hypophysaire constituant un des meilleurs agents entéro-cinétiques. Les observations fournies sont toutes très concluantes.

CONSIDÉRATIONS SUR LA SYMPTOMATOLOGIE ET SUR LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

En réunissant tout un faisceau de phénomènes qui sont étroitement liés au point de vue clinique, nous pouvons affirmer qu'il existe des relations entre le système endocrinien et l'appareil digestif.

Cependant, on a remarqué que l'injection d'un extrait n'est pas synonyme d'injection du corps actif déversé par la glande dans le sang ; ensuite que l'action d'un extrait de glande sur un système donné n'implique pas forcément que cette glande agit habituellement dans les conditions normales sur ce système, et enfin, que plusieurs extraits de glandes peuvent agir dans un système donné en produisant un résultat identique. Ceci a permis à Gley d'émettre l'hypothèse d'un fait pharmacodynamique dû à la présence dans tous ces extraits d'une substance commune banale et non pas à l'existence, dans chaque organe, d'une substance spécifique. En effet, Henriques et Hallion ont pu constater l'action stimulante sur le péristaltisme intestinal d'extrait d'hypophyse, de thyroïde, de surrénale, etc., employés tour à tour, mais si l'on voulait en conclure que les sujets observés étaient à la fois des insuffisants surrénaux, thyroïdiens ou hypophysaires, ce serait une absurdité.

Il faut donc conclure que, pour être acceptable, l'argument clinique doit être double, c'est-à-dire, qu'il doit

être confirmé par l'expérimentation. Celle-ci portera sur la suppression, l'exaltation ou la modification d'une glande, ce qui permettra de noter les phénomènes digestifs qui en résultent ; elle portera d'autre part, sur l'ingestion ou injection d'extrait de cette même glande, au cours desquelles on notera les réactions gastro-intestinales consécutives. Ainsi chacune des conditions prise à part pourra avoir une valeur pathogénique,

CONCLUSIONS

I. — Des différentes observations citées par quelques auteurs et par nous-mêmes, nous pouvons conclure que l'appareil digestif réagit aux actions glandulaires et d'autre part, que les troubles endocriniens ont une répercussion sur l'appareil digestif.

Ces faits, nous les avons notés :

a) En constatant la coïncidence fréquente entre un état endocrinien et une réaction gastro-intestinale ;

b) En constatant la modification favorable apportée par l'opothérapie à cette réaction gastro-intestinale ;

c) En observant les mêmes phénomènes au cours d'expériences de physiologie.

L'opothérapie peut donc rendre de très grands services aux malades et pour cela, il faut tenir compte de leur état endocrinien.

II. — Les malades qui présentent le syndrome de Mikulicz sont susceptibles de voir leur état s'améliorer par l'opothérapie thyroïdienne associée à l'opothérapie orchitique.

III. — L'instabilité thyroïdienne est la principale cause de la pyorrhée alvéolo-dentaire. Elle se produit, en effet, aussi bien chez l'homme que chez la femme, et beaucoup plus tôt chez la femme, parce que son système endocrinien dont la glande thyroïde est, selon le mot de L. Lévi, « le chef d'orchestre » subit les différents chocs de sa vie génitale. D'autre, part, l'opothérapie thyroïdienne à laquelle on associe chez la femme, tout au moins, celle des principales glandes intéressées, peut donner une guérison rapide et, dans tous les cas, fournir un

traitement préventif excellent lorsqu'elle est employée chez les thyroïdiens instables.

IV. — La spasmodie a des rapports étroits avec l'insuffisance parathyroïdienne, puisqu'elle coïncide souvent avec d'autres signes de cette même insuffisance — la trémulation, les crampes, les fourmillements, le doigt mort, les troubles des dents et des ongles, du cristallin (L. Lévi) — hyperexcitabilité des nerfs et des muscles — et que l'opothérapie parathyroïdienne « *per os* », et surtout en injections, la fait disparaître aussi bien dans les spasmes de l'œsophage que dans ceux du pylore qui semblent engendrer l'aérophagie et certains ulcères.

V. — Les dyspepsies endocriniennes — terme créé par le Professeur Loeper — sont fréquentes :

a) Dans l'hyperthyroïdie (hyperexie, syndrome algique) ;

b) Chez quelques goitreux (dyspepsie flatulente) ;

c) Dans l'hypothyroïdie (anorexie, hyporexie) ;

d) Chez les dysthyroïdiens, avec un tableau clinique varié ;

e) Dans l'insuffisance surrénale (type hyposthénique) ;

f) Chez les ovariennes où l'on observe toutes sortes de troubles ; les réactions intestinales étant, pour l'hyperthyroïdie : la diarrhée ; pour l'hypothyroïdie : la constipation ; chez les goitreux : le météorisme, enfin, avec des alternances de diarrhée et de constipation, chez les dysthyroïdiens, les surrénaux, les ovariennes. L'opothérapie appropriée s'est révélée efficace dans chaque cas.

VI. — Il convient d'essayer le traitement par l'insuline et les produits désinsulinés du pancréas, chaque fois que l'extrait parathyroïdien a abouti à un échec dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

VII. — Le traitement de l'hyperchlorhydrie de certains ulcères gastro-duodénaux et de quelques constipations chroniques, par l'extrait hypophysaire, s'est montré particulièrement actif.

BIBLIOGRAPHIE

- ALKAN.** — Facteurs endocrines dans la genèse et le traitement de l'ulcère de l'estomac. *Arch. f. Verdauungs Krank.*, 1926, 55-77.
- BADYLKES.** — Klin. physiol. Beobachtungen über den Einflub einiger Hormone auf die Magensekretion. *Arch. f. verd. Kranke*, 1924, Bd. 343-105.
- BINET.** — L'action de l'adrénaline sur le tube digestif.
- BLAIR-BEL.** — The pituitary, London 1919.
- BOENHEIM.** — Contribution à la signification des glandes vasculaires à l'égard de l'appareil digestif. *Wien. Klin. Wft.* 1925, N° 31, 30 Juillet. *Mediz. Klinik*, 1925, 17 Juin.
- CADE ET BARRAL.** — *Arch. des maladies de l'appareil digestif*. Les traitements endocriniens et insuliniens, Avril 1931.
- DELATER.** — *Esprit Médical*, Janvier 1932.
- DESVAUX.** — Thèse sur l'action de l'extrait hypophysaire sur la constipation, 1926.
- DIMITRACOFF.** — Extrait pancréatique désinsuliné et ulcères duodénaux chroniques, Mars 1931.
- DOYON.** — Action de l'adrénaline sur différents réservoirs ou organes contractiles. *Sté de biol.*, 1902, t. 54, p. 1477.
- DROUET.** — *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1933.
- ESCODERO.** — Dispepsias tiroideas. *Revista Espanola de medicina y cirugia*, Juli 1920.
- GASTON-DURAND.** — La thérapeutique parathyroïdienne de certaines dyspepsies gastriques (2^e série). *Bulletin de la Sté de thérapeutique*, 14 Mars 1934.
- GLEY.** — Gley et Quinquaud : La fonction des surrénales. Du rôle physiologique supposé de l'adrénaline. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, 1918, Bd. 17, N° 5,

- GROVES ET VINES.** — Les déficits en calcium : leur traitement par l'extrait thyroïdien. *British med.*, J. 1922, 791-795.
- HERNANDO.** — Les altérations de la sécrétion gastrique dans l'hyperthyroïdisme. *Los Progressos de la Clinica*, 1928, 170-172.
- HERNANDO.** — Wechselbeziehungen zwischen den Störungen der inneren Sekretion und dem Verdauungsapparat, 1926.
- HERTOG**, d'Anvers. — 1899. Hypothyroïdie et constipation. In *Iconographie de la Salpêtrière*.
- HOSKINS.** — Barker, Hoskin, R. g. and Mosenthal (98 Mitarbeiter). *Endocrinoly and Metabolisme*, 5 Bande, New-York, London, 1922.
- HOUSSAY.** — L'action physiologique des extraits hypophysaires. Buenos-Ayres, 1918.
- L. LEVI ET ROTSCCHILD.** — 1908. Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. — 1911. Nouvelles études sur la physico-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines (2^e série).
- Max et Erna LEVY.** — Extrait parathyroïdien. Oct. 1931.
- LOEPER.** — Leçons de pathologie digestive, 4^e série.
- LOEPER ET VERPY.** — La dyspepsie surrénale. *Progrès Médical*, 21 Juillet 1917.
- MARANON.** — Hyperchlorhydrie et hyperthyroïdisme. *Revue de Médecine*, 1914, N° 3. — Problème actuel de la doctrine des sécrétions internes, Madrid 1922.
- MARBE.** — Influence du corps thyroïde sur la physiologie de l'intestin. *C. R. de la Sté de biol.*, 1911, Bd. 70, S. 1028.
- MINORET.** — Thèse. Corps thyroïde et intestin, 1911.
- François MOUTIER.** — Les troubles endocriniens dans les maladies de l'appareil digestif. Av. 1930.
- MOUTIER ET CAMUS.** — La glycémie à jeûn et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans la maigreur. *Ach. des malad. de l'appareil digestif et de la nutrition*, XVIII, 1928, Déc., N° 10.
- Recherches sur le traitement de l'ulcère de l'estomac par l'hormone parathyroïdienne. *Arch. des malad. de l'appareil digestif*, 1929, Déc., pp. 1237-1265.
- NAAME.** — Etudes d'endocrinologie. Paris, 1913.
- PALIER.** — Pathogénie de l'ulcère G. D. et son traitement par l'extrait de parathyroïde. *Bulletin médical*, 1926, 821-824.
- PERVES.** — *Bulletin et mémoires de la Sté médicale des Hôpitaux de Paris*, Déc. 1932.

RIDDLE ET FLEMION. — Différences sexuelles dans la longueur de l'intestin : leurs rapports avec le développement de l'hypophyse. *Endocrinology*, Mars-Avril 1928, 203-209.

SERGEANT. — Etudes cliniques sur l'insuffisance surrénale. Paris, 1914.

STEWART ET ROGOFF. — Adrenalectomy and the relation of the adrenal bodies to metabolism. *Physiological Revue*, Bd. 4 S, 163.

THIBAULT. — Pyorrhée alvéolaire et ménopause. *Revue de Stomatologie*, Av. 1928.

UZAN. — *Journal de Méd. de Paris*, 10 Fév. 1920 : Les répercussions gastriques des troubles endocriniens. — *Journal de Médecine de Paris*, 1921, p. 121 : Les réactions gastro-intestinales des troubles endocriniens. — *Esprit Médical*, 1932. — *Journal de Médecine de Paris*, 1932.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Historique	21
Physiologie de chaque glande	23
Voies digestives supérieures	35
Dents	37
La Pyorrhée	39
Œsophage	45
Dyspepsie Endocrinienne	47
Syndrome algique	51
Hyperthyroïdie	54
Dyspepsie Flatulente	56
Dysthyroïdie	59
Thyroïde et intestin	60
Insuffisance parathyroïdienne	65
Insuffisance surrénale	78
Les Ovariennes	82
Ménopause	85
Ulcères et Pancréas	90
Hypophyse (Lobe Postérieur)	94
Conclusions	103
Bibliographie	105

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse,*

Loeper

~~Vu et permis d'imprimer :~~
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

